

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **Открытый личный Чемпионат и Первенство**  **Вологодской области по мотокроссу 2019 года**  1 июня 2019 г. п. Дубровское, Вологодский район *наименование соревнований, дата и место проведения* | | | | | | |  |
| *Класс* | | | | *Стартовый номер* |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Заявка на участие в соревнованиях** | | | | | | | | | | | |
| Фамилия: | |  | | | | | Имя: | |  | | |
| Отчество: | |  | | | | | | | | | |
| **ВЫБРАТЬ!!!** 🗹  Лицензия МФР / регионального отделения МФР  (тип, №): | |  | **Годовая на 2019 год:** Категория « », № | | | | | | Спортивное звание, разряд | | |
|  | | |
|  | **Разовая (только на текущее мероприятие):**  Категория « С », № б/н | | | | | | № удостоверения (МСМК, МС, КМС) | | |
|  | | |
| Дата рождения | | |  | | |  | | |  | |  |
| Число | | | Месяц | | | Год | | Гражданство |
| Город (край, область, район): | | |  | | | | | | | | |
| Команда: | | |  | | | | | | Номер регистрационного свидетельства | | |
|  | | |
| мотоцикл (1) | | |  | | |  | |  | |  | |
| мотоцикл (2) | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | Марка | | | № рамы | | Год выпуска | |  | |
| Тренер | | |  | | | | |  | |  | |
| Фамилия | | | | | Имя | | Отчество | |
| Механик | | |  | | | | |  | |  | |
| Фамилия | | | | | Имя | | Отчество | |
| **Страховой полис** | Серия, номер: | | | |  | | | **Срок действия:** | |  | |
| Кем выдан: | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Мед. Допуск (квалификационная зачетная книжка), срок действия:** | |  | | | | | |
| Паспорт (Свидетельство  о рождении): | | Серия; №: | |  | | | |
| Кем и когда выдан (но): | |  | | | | | |
| ИНН: | |  | | | | | |
| Пенсионное страховое свидетельство: | |  | | | | | |
| Домашний адрес | Индекс: |  | Субъект РФ, город (край, область, район) | | |  | |
| Улица: |  | | | | | |
| Дом, кв.: |  | | | | | |
| Телефон: |  | | | e-mail: | |  |

*Я, нижеподписавшийся, принимаю требования Положения, Регламента, Спортивного кодекса, Устава МФР, Правил соревнований (мотоциклетный спорт), других нормативных документов МФР и дополнений к ним и обязуюсь строго соблюдать их. Подтверждаю, что данные, указанные мною в заявке соответствуют действительности, обладаю действующим страховым полисом страхования жизни и здоровья от несчастных случаев и медицинским допуском. Заявленная спортивная техника соответствуют техническим требованиям. Освобождаю Организатора от ответственности за возможные убытки и ущерб, нанесенные мне, моему здоровью и моему имуществу во время соревнований, а также за ущерб и убытки, нанесенные мною третьим лицам и их имуществу. Обязуюсь не предъявлять МФР, ВКС, ГСК, Организатору соревнований претензий в связи с возможным прямым или косвенным ущербом, который может быть нанесен мне во время соревнований и тренировок, а также по поводу публикаций о соревновании в средствах массовой информации. Я даю свое разрешение на обработку персональных данных в соответствии с законом 152-фз.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. | Подпись заявителя: |  | ( |  | ) |

Фамилия, инициалы

**МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА**

(заполняется спортсменом/родителями (опекунами/попечителями)/законными представителями)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  | |  | |
| ***Фамилия*** | | ***Имя*** | | ***Отчество*** | | ***Дата рождения*** | |
| ***Адрес*** |  | | | | | | |
| ***Пол***  ***(М/Ж)*** |  | ***Город*** |  | | | | |
| **НЕТ** |  | | | | **ДА** | | **примечания** |
|  | Потеря сознания по любым причинам, головокружение, головная боль | | | |  | |  |
|  | Глазные заболевания (кроме ношения очков) | | | |  | |  |
|  | Астма | | | |  | |  |
|  | Аллергия на медицинские препараты, лекарства | | | |  | |  |
|  | Диабет | | | |  | |  |
|  | Заболевания сердца | | | |  | |  |
|  | Заболевания желудка (язва и т.п.) | | | |  | |  |
|  | Гипертония, гипотония | | | |  | |  |
|  | Заболевания мочеполовых органов | | | |  | |  |
|  | Эпилепсия, судороги, конвульсии | | | |  | |  |
|  | Нервные заболевания | | | |  | |  |
|  | Заболевания рук, ног, суставов, судороги мышц | | | |  | |  |
|  | Заболевания крови, несвертываемость крови | | | |  | |  |
|  | Перенесенные операции | | | |  | |  |
|  | Принимаете ли Вы какие-либо лекарства постоянно? | | | |  | |  |

А. У меня нет медицинских противопоказаний для занятий спортом.

Б. Я не принимаю наркотики и не злоупотребляю алкоголем.

В. В случае получения травмы или заболевания, я разрешаю медицинскому персоналу оказать необходимую медицинскую помощь и сообщить соответствующую информацию в компетентные органы и заинтересованным лицам

Г. Я подтверждаю достоверность предоставленной мной информации.

Д. Я согласен с тем, что информация о моем медицинском осмотре будет передана в компетентные органы и заинтересованным лицам.

Дата:

Подпись заявителя

(родители/опекун/попечитель/законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_