

**КРОО "ФЕДЕРАЦИЯ МОТОЦИКЛЕТНОГО СПОРТА"**

<i>Класс/группа</i>	<i>Да/нет</i>	<i>Двигатель (2Т/4Т)</i>	<i>Номер датчики</i>	<i>Стартовый номер</i>

<b>Заявка на участие в соревнованиях</b>				
<i>1-й этап Чемпионата Калининградской области по мотокроссу</i>				
<b>Наименование соревнований по Положению (Регламенту)</b>				
<i>г. Калининград мототрасса «Северная гора»</i>			<b>21 апреля 2024 года.</b>	
<i>место проведения (населенный пункт/регион)</i>			<i>дата проведения в соответствии с ЕКП (число, месяц, год)</i>	
<b>Фамилия:</b>				
<b>Имя:</b>				
<b>Отчество:</b>				
<b>Разрешение на участие в национальных соревнованиях (Лицензия) МФР (тип, №):</b>		<b>Спортивное звание, разряд</b>		
		№ удостоверения/приказа (ЗМС, МСМК, МС, КМС; I, II, III разряд)		
<b>Дата рождения</b>				
	<i>Число</i>	<i>Месяц</i>	<i>Год</i>	<i>Гражданство</i>
<b>Город (регион):</b>				
<b>Команда:</b>				<b>Номер регистрационного свидетельства</b>
<b>Мотоцикл</b>				
	<i>Марка</i>	<i>№ рамы</i>	<i>Год выпуска</i>	
<b>Тренер</b>				
	<i>Фамилия</i>		<i>Имя</i>	<i>Отчество</i>
<b>Механик</b>				
	<i>Фамилия</i>		<i>Имя</i>	<i>Отчество</i>
<b>Страховой полис от Н/С</b>	<i>Серия, номер:</i>			<i>Срок действия:</i>
	<i>Кем выдан:</i>			
<b>Мед. Допуск (отметка в квалификационной зачетной книжке), срок действия:</b>				
<b>Паспорт (Свидетельство о рождении):</b>	<b>Серия; №:</b>			
<b>Кем и когда выдан (но):</b>				
<b>ИНН:</b>			<b>Пенсионное страховое свидетельство:</b>	
<b>Письменное согласие от родителей (опекунов/попечителей) заверенное нотариально (на спортсменов до 18 лет).</b>				
<b>Домашний адрес</b>	<i>Индекс:</i>		<i>Субъект РФ, город (край, область, район)</i>	
	<i>Улица:</i>			
	<i>Дом, кв.:</i>			
	<i>Телефон:</i>		<b>e-mail:</b>	

Я, нижеподписавшийся, принимаю требования Положения, Регламента, Спортивного кодекса Федерации мотоциклетного спорта России (Далее по тексту МФР) и Правил соревнований, других нормативных документов МФР и законодательства РФ, обязуюсь строго соблюдать их. Подтверждаю, что у меня нет медицинских противопоказаний для занятий спортом, я не принимаю наркотики и не злоупотребляю алкоголем. В случае получения травмы или заболевания, я разрешаю медицинскому персоналу оказать необходимую медицинскую помощь и сообщить соответствующую информацию в компетентные органы и заинтересованным лицам. Подтверждаю, что не имел контактов с инфицированными коронавирусом (COVID 19) и не находился за пределами границ РФ в течении последних 14 дней. Подтверждаю, что данные, указанные мною в заявке соответствуют действительности. Заявленные мотоциклы соответствуют техническим требованиям. Я даю свое разрешение на обработку персональных данных в соответствии с законом 152-ФЗ.

« \_\_\_\_ » **апреля 2024 г.** Подпись заявителя (родители/опекун/попечитель/законный

представитель/подпись): \_\_\_\_\_ (Фамилия, инициалы): \_\_\_\_\_.

## МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА УЧАСТНИКА (СПОРТСМЕНА)

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

<i>Фамилия</i>	<i>Имя</i>	<i>Отчество</i>	<i>Дата рождения</i>
<i>Адрес</i>			
<i>Пол (М/Ж)</i>	<i>Населенный пункт/Регион</i>	<i>Калининград</i>	
<b>НЕТ</b>		<b>ДА</b>	<b>примечания</b>
	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: «\_\_» апреля 2024

Подпись заявителя

(родители/опекун/попечитель/законный представитель):