

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>

Заявка на участие в соревнованиях				
<i>1-й этап Первенства Калининградской области по мотокроссу</i>				
Наименование соревнований по Положению (Регламенту)				
<i>г. Калининград мототрасса «Северная гора»</i>			28 июля 2024 года.	
<i>место проведения (населенный пункт/регион)</i>			<i>дата проведения в соответствии с ЕКП (число, месяц, год)</i>	
Фамилия:				
Имя:				
Отчество:				
Разрешение на участие в национальных соревнованиях (Лицензия) МФР (тип, №):				Спортивное звание, разряд
				№ удостоверения/приказа (ЗМС, МСМК, МС, КМС; I, II, III разряд)
Дата рождения				
	<i>Число</i>	<i>Месяц</i>	<i>Год</i>	Гражданство
Город (регион):				
Команда:				Номер регистрационного свидетельства
Мотоцикл				
	<i>Марка</i>	<i>№ рамы</i>	<i>Год выпуска</i>	
Тренер	<i>Фамилия</i>		<i>Имя</i>	<i>Отчество</i>
Механик	<i>Фамилия</i>		<i>Имя</i>	<i>Отчество</i>
Страховой полис от Н/С	<i>Серия, номер:</i>			<i>Срок действия:</i>
	<i>Кем выдан:</i>			
Мед. Допуск (отметка в квалификационной зачетной книжке), срок действия:				
Паспорт (Свидетельство о рождении):		Серия; №:		
Кем и когда выдан (но):				
ИНН:		Пенсионное страховое свидетельство:		
Письменное согласие от родителей (опекунов/попечителей) заверенное нотариально (на спортсменов до 18 лет).				
Домашний адрес	<i>Индекс:</i>	<i>Субъект РФ, город (край, область, район)</i>		
	<i>Улица:</i>			
	<i>Дом, кв.:</i>			
	<i>Телефон:</i>			e-mail:

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.

« » **Июля 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>	
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: «__» июля 2024

Подпись заявителя

(родители/опекун/попечитель/законный представитель):