Заявка на участие в соревнованиях

МО, Чеховский р-н, д. Муковнино, песчаный карьер. 55°4'6"N 37°7'16"E	*22.06.2024*
***Место проведения** (населенный пункт/регион)*	***Дата проведения** (число, месяц, год)*

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				
	Число	*Месяц*	*Год*	***Гражданство***
Город (регион):				
Команда:				**Номер регистрационного свидетельства**
Мотоцикл/Квадроцикл/ Снегоход				
Мотоцикл/Квадроцикл/ Снегоход				
	Марка	*№ рамы*	*Год выпуска*	
Тренер				
	Фамилия		*Имя*	*Отчество*
Механик				
	Фамилия		*Имя*	*Отчество*
Страховой полис	*Серия, номер:*		*Срок действия:*	
	Кем выдан:			

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 адресс	*Индекс:*		Субъект РФ, город (край, область, район)	
	Улица:			
	Дом, кв.:			
	Телефон:		***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 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.

(Фамилия, инициалы): _____

Подпись заявителя (родители/опекун/попечитель/законный представитель/подпись): _____

*«_15»__**июня**_ 2024_ **г.***