

# Московская Федерация Мотоциклетного Спорта



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

## Заявка на участие в соревнованиях

1-й этап Чемпионата и Первенство г. Москвы по суперкроссу, Кубок МФМС

### Наименование соревнований по Положению (Регламенту)

СТВС «Крылатское» г.Москва

11.02.2023

*место проведения (населенный пункт/регион)*

*дата проведения в соответствии с ЕКП (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 - 1**

**Мотоцикл - 2**

*Марка*

*№ рамы*

*Год выпуска*

**Тренер**

*Фамилия*

*Имя*

*Отчество*

**Механик**

*Фамилия*

*Имя*

*Отчество*

**Страховой полис от Н/С**

*Серия, номер:*

*Кем выдан:*

**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**

*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 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.

# Московская Федерация Мотоциклетного Спорта



Класс (группа)

Двигатель (2-Т/4-Т)

Номер датчики

Стартовый номер

« \_\_\_\_\_ 2023 г. Подпись заявителя (родители/опекун/попечитель/законный  
число      месяц      год  
 представитель/подпись): \_\_\_\_\_ (Фамилия, инициалы):

## МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА УЧАСТНИКА (СПОРТСМЕНА)

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

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения
<i>Адрес</i>			
<i>Пол (М/Ж)</i>	<i>Населенный пункт/Регион</i>		
<b>НЕТ</b>		<b>ДА</b>	<b>примечания</b>
<i>нет</i>	Потеря сознания по любым причинам, головокружение, головная боль		
<i>нет</i>	Глазные заболевания (кроме ношения очков)		
<i>нет</i>	Астма		
<i>нет</i>	Аллергия на медицинские препараты, лекарства		
<i>нет</i>	Диабет		
<i>нет</i>	Заболевания сердца		
<i>нет</i>	Заболевания желудка (язва и т.п.)		
<i>нет</i>	Гипертония, гипотония		
<i>нет</i>	Заболевания мочеполовых органов		
<i>нет</i>	Эпилепсия, судороги, конвульсии		
<i>нет</i>	Нервные заболевания		
<i>нет</i>	Заболевания рук, ног, суставов, судороги мышц		
<i>нет</i>	Заболевания крови, несвертываемость крови		
<i>нет</i>	Перенесенные операции		
<i>нет</i>	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): \_\_\_\_\_