Московская Федерация Мотоциклетного Спорта

Класс (группа)	*Двигатель (2-Т/4-Т)*	*Номер датчики*	*Стартовый номер*

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:*		*Срок действия:*	
	Кем выдан:			

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 представитель/подпись):_____ (Фамилия, инициалы):

число месяц год

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА УЧАСТНИКА (СПОРТСМЕНА)
(заполняется спортсменом/родителями (опекунами/попечителями)/законными представителями)

Фамилия	***Имя***	***Отчество***	***Дата рождения***
Адрес			
Пол (М/Ж)	***Населенный пункт/Регион***		

НЕТ		**ДА**	**примечания**
нет	Потеря сознания по любым причинам, головокружение, головная боль		
нет	Глазные заболевания (кроме ношения очков)		
нет	Астма		
нет	Аллергия на медицинские препараты, лекарства		
нет	Диабет		
нет	Заболевания сердца		
нет	Заболевания желудка (язва и т.п.)		
нет	Гипертония, гипотония		
нет	Заболевания мочеполовых органов		
нет	Эпилепсия, судороги, конвульсии		
нет	Нервные заболевания		
нет	Заболевания рук, ног, суставов, судороги мышц		
нет	Заболевания крови, несвертываемость крови		
нет	Перенесенные операции		
нет	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): _____