|  |
| --- |
|  **Заявка на участие в соревнованиях** |
| ***Чемпионат и Первенство Санкт-Петербурга по мотокроссу – этап*** |
| ***Наименование соревнований по Положению (Регламенту)*** |
|  |  |
| ***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* |
| **Стра ховой полис от Н/С** | *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 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 коронавиросом (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.**

*«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2024 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*** |
| ***Адрес*** |  |
| ***Пол******(М/Ж)*** |  | ***Населенный пункт/Регион*** |  |
| **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:

Подпись заявителя

(родители/опекун/попечитель/законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_