|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_