



Kategorie/st. číslo

Žádost o vystavení licence pro rok 2016

Příjmení	Jméno
Adresa-ulice	Datum narození
Adresa-město	Telefon
PSC	E-mail

Sportovní centrum (seriál)

Sport	Region	Kategorie	Typ	Zakřížkujte
Licence MOTOKROS	Evropa	MX 2, Open	EC	<input type="checkbox"/>
	Národní	MX 2, Open, Veterán, Ženy	B	<input type="checkbox"/>
	Regionální	Hobby, Veterán, Klasik Moto	H	<input type="checkbox"/>
	Elév - děti*	50, 65, 85 ccm	E	<input type="checkbox"/>

Sport	Region	Kategorie	Typ	Zakřížkujte
Licence QUAD/SIDE	Národní	Quad, Side	B	<input type="checkbox"/>
	Regionální	Hobby Quad, Hobby Side	H	<input type="checkbox"/>
	Elév - děti*	děti do 12 let	E	<input type="checkbox"/>

Sport	Region	Kategorie	Typ	Zakřížkujte
Licence Pitbike	Regionální	Pitbike	H	<input type="checkbox"/>
	Elév - děti*	Pitbike - děti do 12 let	E	<input type="checkbox"/>

*Děti do 12 let musí mít žádost o licenci potvrzenou tělovýchovným lékařem. Více info na www.imba-cam-sefl.cz.

Potvrzení lékařské prohlídky

Já, níže podepsaný stvrzuji, že tato osoba se může zúčastňovat motocyklových závodů s výše uvedeným typem licence.

Datum

Razítko a podpis lékaře

Prohlášení o technickém stavu věcí připravených k závodů

Motocykl(y) + ochranné pomůcky (přilba, brýle, chrániče hrudi, páteře, loktů, kolen dres, kalhoty, boty, rukavice) mám ve správném technickém stavu, jsou funkční a odpovídají příslušným normám. Jsem si vědom, že věci, které neodpovídají příslušným normám, s ohledem na bezpečnost, jak svoji, tak ostatních, nesmím používat.

Prohlášení

Jsem si vědom, že se sportovního podniku mohu zúčastnit zcela způsobilý. Zdravotní problémy (nevolnost, úraz, apod.), které vznikly v souvislosti se sportovním podnikem, jsem povinen ihned hlásit přítomnému lékaři sportovního podniku. Touto přihláškou se přihlašuji do sportovních podniků v běžném roce v gesci ČAM-IMBA. Prohlašuji, že se budu řídit příslušnými řády a pokyny organizátora sportovního podniku, který je oprávněn určovat pravidla těchto sportovních podniků. Rovněž budu dodržovat pokyny ostatních činovníků. Jsem si vědom, že porušení příslušných řádů může vést k mému vyloučení ze sportovního podniku bez náhrady. Prohlašuji, že jsem řádně pojištěn u zdravotní pojišťovny a splňuji nárok na proplacení případného ošetření. Jsem si vědom, že se sportovního podniku účastním na vlastní nebezpečí a odpovědnost. Prohlašuji, že se vzdávám nároku na náhradu škody, která by mě mohla vzniknout v souvislosti se sportovním podnikem, a to vůči všem účastníkům sportovního podniku. Stvrzuji, že informace v tomto formuláři jsou pravdivé. Podpisem této žádosti potvrzuji, že jsem se seznámil/a s „Informacemi ČAM o zpracování osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů“, které jsou na www.imba-cam-sefl.cz

Datum

Podpis žadatele

Úředně ověřené podpisy obou rodičů případně zákonných zástupců pro osoby mladší 18 let.*

Podpis otce

Podpis matky

*V případech kdy jsou rodiče soudně rozvedeni stačí úředně ověřený podpis rodiče, kterému bylo dítě soudně svěřeno do péče a jeho místopřísežné prohlášení nebo rozhodnutí soudu, že je mu dítě svěřeno do péče.