

Zdravotní prohlídka

pro podnik MOTOCROSS CUP 2016

jméno:	příjmení:
adresa:	datum narození: _ _ , _ _ , _ _ _ _
město:	telefon :
PSČ:	e-mail:

POTVRZENÍ O LÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE :

Potvrzuji, že jsem oprávněn provádět příslušnou lékařskou prohlídku a že výše jmenovaný může vykonávat motoristický sport za účelem dosažení nejvyšších rychlostí ve smyslu Směrnice MZ CSR č. 3/1981 s výše uvedeným typem licence.

DATUM :

Razítko a podpis lékaře

PROHLÁŠENÍ

Jsem si vědom, že se sportovního podniku mohu zúčastnit zcela způsobilý. Motocykl a ochranné pomůcky, které budu používat k jízdě, budou vždy v bezvadném stavu. Zdravotní problémy (nevolnost, úraz, apod.), které vznikly v souvislosti se sportovním podnikem jsem povinen ihned hlásit přítomnému lékaři sportovního podniku. Touto žádostí se přihlašuji do sportovních podniků ČAM a I.M.B.A.. Prohlašuji, že se budu řídit příslušnými řády a pokyny organizátorů sportovních podniků, kteří jsou oprávněni určovat pravidla těchto podniků. Rovněž budu dodržovat pokyny ostatních činníků. Jsem si vědom, že porušení příslušných řádů může vést k mému vyloučení ze sportovních podniků bez náhrady. Prohlašuji, že jsem řádně pojištěn u zdravotní pojišťovny a splňuji podmínky na proplacení případného ošetření. Jsem si vědom, že se sportovních podniků účastním na vlastní nebezpečí a odpovídám za mnou vzniklé škody. Prohlašuji, že se vzdávám nároku na náhradu škody, která by mě mohla vzniknout v přímé souvislosti se sportovním podnikem, a to vůči všem účastníkům sportovního podniku. Souhlasím, se zveřejňováním výše uvedených údajů v souvislosti s činností, do které se tímto přihlašuji.

DATUM:	
MÍSTO:	PODPIS JEZDCE
*) PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE	PODPISY OVĚŘIL
*) V případě, že je žadatel méně než 18 let, podepisují žádost i zákonní zástupci. Podpisy je nutné ověřit příslušným orgánem. Proveďte notářsví nebo matrika	MOTOCROSS CUP 2016 WWW.MOTOCROSSCUP.CZ motocrosscup@seznam.cz