



Federace motocyklového sportu AČR

Žádost o licenci jezdce 2016

Údaje o žadateli:		
Jméno:	Příjmení:	R.č.: ¹
Obec:	Ulice a čp.:	PSČ:
Mobil:	Email:	Dat. nar.:

Údaje o požadované licenci:					
<input type="checkbox"/> Silniční závody mot.	<input type="checkbox"/> Plochá dráha	<input type="checkbox"/> Trial	<input type="checkbox"/> Sportovní mototur.	<input type="checkbox"/> Enduro	<input type="checkbox"/> Motokros
<input type="checkbox"/> Miniracing				<input type="checkbox"/> Cross count.	<input type="checkbox"/> Supermoto
<input type="checkbox"/> Dragstery				<input type="checkbox"/> Čtyřkolky	<input type="checkbox"/> Čtyřkolky
					<input type="checkbox"/> Freestyle
					<input type="checkbox"/> Side/jezdec
					<input type="checkbox"/> Side/spolujez.

Druh licence:			
<input type="checkbox"/> Národní	<input type="checkbox"/> Mezinárodní	<input type="checkbox"/> FIM Europe	<input type="checkbox"/> FIM

Typ licence:					
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> S

(VYPLŇUJE POUZE ŽADATEL O LICENCI ENDURO NEBO MOTOKROS)		
značka motocyklu:	obsah motocyklu:	startovní číslo:

Třída:					
(VYPLŇUJE POUZE ŽADATEL O LICENCI MOTOKROS)					
<input type="checkbox"/> 50 cc	<input type="checkbox"/> 85 cc	<input type="checkbox"/> MX2	<input type="checkbox"/> veterán	<input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> MMČR
<input type="checkbox"/> 65 cc	<input type="checkbox"/> 125 2T	<input type="checkbox"/> MX1	<input type="checkbox"/> ženy		<input type="checkbox"/> PČR

¹ Poskytnutí tohoto údaje není povinné.

Jezdec/zákonný zástupce se připojeným podpisem na žádosti zavazuje uzavřít pojistné smlouvy v souladu s řády FIM či FIM Europe, FMS AČR, místem konání podniku (v ČR nebo zahraničí), závaznými pokyny pro pojištění zveřejněnými v Ročence FMS AČR pro daný rok (podle požadované licence) a na částky v ní pro danou sezónu uvedené a to tak, aby vstoupily v platnost nejpozději v den vydání požadované licence a zůstaly v platnosti pro všechny podniky a tréninky, kterých se žadatel v dané sportovní sezóně zúčastní.

Vyplněním a podpisem této žádosti potvrzuji, že jsem se seznámil/a s „Informacemi AČR o zpracování osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů“, na základě kterých jsem byl/a podrobně informován/a a poučen/a o zpracování mých osobních údajů, které jsem vyplněním přihlášky poskytl/a. Souhlasím s využitím svého rodného čísla pro vnitřní potřeby AČR. Beru na vědomí, že moje osobní údaje, vyjma rodného čísla, mohou být využívány i pro nabízení obchodu a služeb a souhlasím se šířením obchodních sdělení elektronickými prostředky. Dále prohlašuji, že budu dodržovat Stanovy AČR, vnitřní předpisy AČR, rozhodnutí orgánů AČR, a budu dodržovat a řídit se při výkonu sportovní činnosti vnitřními předpisy a pravidly AČR, mezinárodními a národními sportovními řády, Světovým antidopingovým kodexem a souvisejícími mezinárodními a národními předpisy a pokyny. Souhlasím, že jakýkoliv spor vyplývající z rozhodnutí vydaného podle Světového antidopingového kodexu může být po vyčerpání postupu výslovně stanoveného ve Světovém antidopingovém kodexu postoupen výhradně, jak se stanoví v příslušných článcích Světového antidopingového kodexu, odvolacímu orgánu a v poslední instanci Arbitrážnímu soudu pro sport, ke konečnému a závaznému rozhodčímu řízení. Souhlasím, že rozhodnutí výše uvedeného odvolacího orgánu budou konečná a vynutitelná, že nevznese žádný nárok, nezahájím žádné arbitrážní řízení, soudní proces nebo soudní spor, u kteréhokoliv jiného soudu nebo tribunálu.

Tímto dále žádám o členství týmové v Autoklubu ČR. ANO

NE

V dne

Razítko a podpis vedoucího SMS

Podpis žadatele



*) Pro žadatele starší 45 let je nutný kladný výsledek žadatelova EKG. Pro MS Cross Country a další dálkové soutěže je nutná echokardiografie a zátěžový EKG test jednou za 3 roky

OSOBNÍ ANAMNÉZA			LÉKAŘSKÉ VYŠETŘENÍ		
Vyplní žadatel			Vyplní lékař		
Ne		Ano	Normal	Pat.nález	Podrobnosti
<input type="checkbox"/>	Ztráty vědomí, závratě či bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kardiovaskulární systém		
<input type="checkbox"/>	Oční potíže (netýká se brýlí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EKG (nad 45let) *)		
<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zátěžové EKG *)		
<input type="checkbox"/>	Alergie na léky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Echokardiograf *)		
<input type="checkbox"/>	Cukrovka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Krevní tlak		
<input type="checkbox"/>	Srdeční potíže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tep		
<input type="checkbox"/>	Poruchy krevního tlaku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dýchací sys.		
<input type="checkbox"/>	Žaludeční potíže (vředy atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nervový sys.		
<input type="checkbox"/>	Urogenitální obtíže	<input type="checkbox"/>		centrální	
<input type="checkbox"/>	Epilepsie či křeče	<input type="checkbox"/>		periferní	
<input type="checkbox"/>	Duševní - nervové poruchy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Uši, nos, krk		
<input type="checkbox"/>	Obtíže horních či dolních končetin, včetně křečí či ztuhlých kloubů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rovnov. ústr.	vpravo	
<input type="checkbox"/>	Operace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pohybový systém	vlevo	
<input type="checkbox"/>	Užíváte pravidelně léky či jiné látky ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HK	vpravo	
			<input type="checkbox"/> DK	vlevo	
			<input type="checkbox"/> páteř	vpravo	
			<input type="checkbox"/> Břicho - kýly	vlevo	
			<input type="checkbox"/> Moč		
			<input type="checkbox"/> Oči - visus	bílk.	
			<input type="checkbox"/> Barvocit	cukr	
			<input type="checkbox"/> Zorné pole	vpravo	s korekcí
				vlevo	s korekcí
				vpravo	bez korekce
				vlevo	bez korekce

a) Ze zdravotních důvodů mi nebyl zakázán žádný jiný sport.

b) Neužívám drogy a nepiji pravidelně alkohol.

c) Souhlasím, aby v případě zranění podal zdravotnický personál informace týkající se mého zdravotního stavu řediteli závodu a národní federaci.

d) Stvrzuji, že informace v tomto formuláři jsou pravdivé.

e) Souhlasím, aby informace v tomto formuláři byly poskytnuty lékaři národní federace.

.....

Datum Podpis žadatele

.....

Datum vyšetření Podpis a razítko lékaře

Úředně ověřené podpisy obou rodičů (případně zákonných zástupců) pro osoby mladší 18ti let

Otec:	Matka: