

Kategorie/st. číslo

Žádost o vystavení licence pro rok 2021

Příjmení	Jméno
Rodné číslo	Datum narození
Ulice a č.p.	Telefon
Město	E-mail
PSC	Stát

Seriál

Sport	Region	Kategorie	Typ	Zakřížkujte
Licence MOTOKROS	Evropa	MX 2, Open	EC	<input type="checkbox"/>
	Česká rep.	Open, Ženy	B	<input type="checkbox"/>
	Česká rep.	Hobby, Veterán, děti nad 12 let, Klasik	H	<input type="checkbox"/>
	Česká rep.	Elév - děti do 12 let	E	<input type="checkbox"/>

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

Mám zájem o úrazové pojištění od ČAM. Pojistné podmínky a další informace najdete na www.amaterskymotosport.cz/pojisteni	Ano	Ne
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Potvrzení lékařské prohlídky

Já, níže podepsaný stvrzuji, že tato osoba se může zúčastňovat motocyklových závodů.	
Datum	Razítko a podpis lékaře
<i>Děti do 12 let musí mít žádost o licenci potvrzenou sportovním lékařem. Více na amaterskymotosport.cz/licence</i>	

Prohlášení o technickém stavu věcí připravených k závodu

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. 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. Podpisem svým nebo zákonných zástupců stvrzuji, že informace v tomto formuláři jsou pravdivé. Podpisem této žádosti souhlasím se zpracováním osobních údajů dle GDPR v rozsahu uvedeném ve stanovách ČAM článek 8.

.....
Datum	Podpis žadatele

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

*V případech kdy jsou rodiče soudně rozvedeni stačí úředně ověřený podpis rodiče, kterému bylo dítě soudem svěřeno do péče a jeho místopřísežné prohlášení. Více na amaterskymotosport.cz/licence