

Potvrzení o lékařské prohlídce

č.I.

Identifikační údaje sportovce

Jméno:..... Příjmení:.....

Rodné číslo:..... Datum narození:.....

č.II.

Potvrzení lékaře

Potvrzují, že jsem oprávněn provádět příslušnou lékařskou prohlídku a že výše jmenovaný může vykonávat výkonnostní sport (motoristický) ve smyslu vyhlášky MZ č. 391/2013 Sb..

Datum.....

Razítko a podpis lékaře

Místo.....

.....

č.III.

Prohlášení sportovce (zákonných zástupců)

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 vzniknou v souvislosti se sportovním výkonem, jsem povinen ihned hlásit přítomnému lékaři sportovního podniku. Prohlašuji, že se budu řídit příslušnými řády organizátora podniku. Prohlašuji, že jsem řádně pojištěn u zdravotní pojišťovny a splňuji podmínky na zaplacení případného ošetření. Prohlašuji, že se vzdávám nároku na náhradu škody, která by mi mohla vzniknout v přímé souvislosti se sportovním podnikem, a to vůči účastníkům sportovního podniku. Souhlasím se zveřejněním výše uvedených údajů v souvislosti s činností, do které se tímto přihlašuji.

Datum..... Místo..... Podpis jezdce.....

Podpis matky *)

Podpis otce *).....

*** V případě, že je žadatelé méně než 18 let podepisují žádost i zákonní zástupci. Podpisy je nutno ověřit na České Poště, matrice nebo u notáře.**