



PITBIKE
MOTOKROS
WWW.PITARENA.CZ

(+420) 704 221 663

standa@pitarena.cz

Pravice, okr. Znojmo

Formulář pro registraci k účasti v programu

Pitbike akademie

- MX mini** // 2.300,- Kč/měsíc + 4.000,- Kč /rok
- MX start** // 8.500,- Kč/osoba
- MX fighter** // 2.300,- Kč/měsíc + 4.000,- Kč /rok
- MX go** // 1.650,- Kč/lekce (2,5h.) nebo 2.500 včetně půjčení moto
- MX solo** // 950,- Kč/lekce (1,3h.)
- MX hobby match** // 450,- /osoba (závodní odpoledne)

Vyplněním tohoto formuláře dávám najevo svůj zájem (zájem dítěte v případě, že se jedná o osobu do 18 let) vstoupit do tréninkového, vzdělávacího či závodního programu Pitbike akademie a zavazuji se uhradit cenu programu dle pokynů, které mi budou zaslány na email uvedený v č.l.

Podrobnosti o jednotlivých kategoriích programu včetně ceny naleznete na www.pitarena.cz/akademie.

Pořadatel si vyhrazuje právo odmítnout účast zájemce zejména v těchto případech:

- a) Nesplnění požadavků na bezpečnost – v případech úmyslného nebo soustavného porušování bezpečnostních pokynů trenérů a organizátora.
- b) Nedostatečná výbava – chybějící nebo poškozené ochranné pomůcky (helma, brýle, rukavice, chrániče hrudníku, páteře, loktů a kolen, vhodná motocyklová obuv a oblečení. Nebo pokud není motocykl v bezvadném technickém stavu.
- c) Naplnění kapacity s ohledem na počet zodpovědných osob – trenérů.

Potvrzení o lékařské prohlídce

č.I.

Identifikační údaje sportovce

Jméno:..... Příjmení:.....

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

Ulice a číslo: Město:.....

PSČ:..... Země:.....

Telefon:..... Email:.....

č.II.

Potvrzení lékaře

Potvrzuji, 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..... Popis jezdce.....

Podpis matky *)

Podpis otce *).....

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