

Autoklub České republiky - Federace motocyklového sportu

Požadované označ křížkem či doplň!



Žádost o licenci jezdce/spolujezdce TZM - rok 2014

motokros	<input type="checkbox"/>	supermoto	<input type="checkbox"/>	čtyřkolky	<input type="checkbox"/>	freestyle	<input type="checkbox"/>	side	<input type="checkbox"/>		
FIM	<input type="checkbox"/>	FIM Europe	<input type="checkbox"/>	AČR - MEZ A	<input type="checkbox"/>	AČR - MEZ B	<input type="checkbox"/>	AČR - MEZ M	<input type="checkbox"/>	AČR - MEZ S	<input type="checkbox"/>
AČR nár. A	<input type="checkbox"/>		50	<input type="checkbox"/>	MX2	<input type="checkbox"/>	přidělené start.č.	<input type="text"/>			
AČR nár. B	<input type="checkbox"/>		65	<input type="checkbox"/>	MX1	<input type="checkbox"/>	požadované start.číslo	I. <input type="text"/>			
AČR nár. C	<input type="checkbox"/>		85	<input type="checkbox"/>	Vet.	<input type="checkbox"/>		II. <input type="text"/>			
AČR nár. M	<input type="checkbox"/>		125 2T	<input type="checkbox"/>	jiná	<input type="checkbox"/>	zn. Motocyklu	<input type="text"/>			
AČR nár. L	<input type="checkbox"/>	lyžař									
AČR nár. S	<input type="checkbox"/>	side/spolujezdec									

Žadatel:

Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	Dat.nar.	<input type="text"/>
Ulice,ČP	<input type="text"/>	Obec	<input type="text"/>	PSČ	<input type="text"/>
Mobil, email	<input type="text"/>				

Podpisem na žádosti se žadatel zavazuje dodržovat řády FIM, FIM EUROPE a platné řády FMS AČR. 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.

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 žádosti poskytl/a, včetně rozsahu a účelu jejich zpracování a o všech skutečnostech uvedených zej. v § 11, 12 a 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Podpisem této žádosti výslovně souhlasím se zpracováním mých osobních údajů. Informace AČR jsou zveřejněny na webových stránkách „www.autoklub.cz“.

ANTIDOPINGOVÝ KODEX - "Potvrzení a souhlas jezdce"

Já, jako člen národní motocyklové federace AČR a/nebo soutěžní jezdce závodu uznávaného a schváleného národní nebo Mezinárodní motocyklovou federací (FIM):

1. Potvrzuji, že jsem obdržel a měl příležitost prostudovat Antidopingový kodex FIM.
2. Souhlasím, že budu dodržovat a řídit se všemi ustanoveními Antidopingového kodexu FIM a rovněž všemi dodatky Antidopingových řádů a veškerými mezinárodními normami zahrnutými do Antidopingových řádů.
3. Jsem obeznámen a souhlasím, že národní motocyklové federace a FIM mají pravomoc ukládat sankce, jak se stanoví v Antidopingovém kodexu FIM.
4. Rovněž uznávám a souhlasím, že jakýkoliv spor vyplývající z rozhodnutí vydaného podle Antidopingového kodexu FIM může být po vyčerpání postupu výslovně stanoveného v Antidopingovém kodexu FIM postoupen výhradně, jak se stanoví v příslušných článcích Antidopingového kodexu FIM, odvolacímu orgánu a v poslední instanci Arbitrážnímu soudu pro sport ke konečnému a závaznému rozhodčímu řízení.
5. Uznávám a souhlasím, že rozhodnutí výše uvedeného odvolacího orgánu budou konečná a vynutitelná, a že nevznesu žádný nárok, nezahájím žádné arbitrážní řízení, soudní proces nebo soudní spor, u kteréhokoliv jiného soudu nebo tribunálu.
6. Potvrzuji, že jsem přečetl toto Potvrzení a souhlas jezdce a že rozumím jeho obsahu.

Razítko a podpis vedoucího SMS

Sdělení SMS:



OSOBNÍ ANAMNÉZA

Vyplní žadatel

Ne		Ano
<input type="checkbox"/>	Ztráty vědomí závratě či bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Oční potíže (netýká se brýlí)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alergie na léky	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cukrovka	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Srdeční potíže	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Poruchy krevního tlaku	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Žaludeční potíže (vředy atd.)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Urogenitální obtíže	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Epilepsie či křeče	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Duševní - nervové poruchy	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Obtíže horních či dolních končetin, včetně křečí či ztuhlých kloubů	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Operace	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Užíváte pravidelně léky či jiné látky ?	<input type="checkbox"/>

LÉKAŘSKÉ VYŠETŘENÍ

Vyplní lékař

Normal		Pat.nález	Podrobnosti
<input type="checkbox"/>	Kardiovaskulární systém		
<input type="checkbox"/>	EKG (nad 45let) *)		
<input type="checkbox"/>	zátěžové EKG *)		
<input type="checkbox"/>	Krevní tlak		
<input type="checkbox"/>	Tep		
<input type="checkbox"/>	Dýchací systém		
<input type="checkbox"/>	Nervový systém	centrální	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		periferní	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Uši, nos, krk	vpravo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rovnovážné ústrojí	vlevo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pohybový systém	HK vpravo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		vlevo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		DK vpravo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		vlevo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		páteř	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Břicho - kýly		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Moč	bílk.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		cukr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Oči - visus	vpravo	<input type="checkbox"/> s korekcí
<input type="checkbox"/>		vlevo	<input type="checkbox"/> s korekcí
<input type="checkbox"/>		vpravo	<input type="checkbox"/> bez korekce
<input type="checkbox"/>		vlevo	<input type="checkbox"/> bez korekce
<input type="checkbox"/>	Barvocit		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zorné pole		<input type="checkbox"/>

***) Pro žadatele starší 45 let je nutný kladný výsledek žadatelova EKG.**

- | | |
|--|--|
| a) Ze zdravotních důvodů mi nebyl zakázán žádný jiný sport. | <input type="checkbox"/> Já, níže podepsaný stvrzuji, že tato osoba se může zúčastňovat motocyklových závodů. |
| 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. | <input type="checkbox"/> Já, níže podepsaný stvrzuji, že tato osoba NENÍ SCHOPNA se zúčastňovat motocyklových závodů. |
| d) Stvrzuji, že informace v tomto formuláři jsou pravdivé. | |
| e) Souhlasím, aby informace v tomto form. byly poskytnuty lékaři národní federace. | <input type="checkbox"/> Doporučuji, aby tato osoba byla vyšetřena lékařem Národní federace či lékařem jíím doporučeným. |

.....
Datum Podpis žadatele

.....
Datum vyšetření Podpis a razítko lékaře

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

otec:	matka: