

Autoklub České republiky - Federace motocyklového sportu

Požadované označ křížkem či doplň!



Žádost o licenci jezdce/spolujezdce TZM - rok 2011

motokros	<input type="checkbox"/>	supermoto	<input type="checkbox"/>	čtyřkolky	<input type="checkbox"/>	freestyle	<input type="checkbox"/>	side	<input type="checkbox"/>		
FIM	<input type="checkbox"/>	UEM	<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"/>	125	<input type="checkbox"/>	přidělené start.č.		<input type="text"/>			
AČR nár. B	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	Open	<input type="checkbox"/>	požadované I.		<input type="text"/>			
AČR nár. C	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>	450	<input type="checkbox"/>	start.číslo II.		<input type="text"/>			
AČR nár. M	<input type="checkbox"/>	125j	<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"/>	PSC	<input type="text"/>
Mobil, email	<input type="text"/>				

Potvrzuji tímto, že výslovně souhlasím, aby AČR jako správce dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění evidoval, shromažďoval a zpracovával mé osobní údaje, které jsem mu vyplněním této žádosti dobrovolně postoupil. Tyto osobní údaje slouží pouze pro potřebu AČR danou jeho předmětem činnosti, mohou být použity v rámci sportovní technické problematiky dle MSŘ a NSŘ, zveřejněny v Ročence a na webových stránkách AČR, které jsou oficiálním informačním zdrojem AČR, a to i po ukončení platnosti licence.

Prohlašuji, že jsem byl řádně informován o všech skutečnostech dle zákona č. 101/2000 Sb.

Podpisem na žádosti se žadatel zavazuje dodržovat řady FIM, UEM a platné řady FMS AČR.

Jezdec/zákonný zástupce se připojeným podpisem na žádosti zavazuje uzavřít pojistné smlouvy v souladu s řady FIM či UEM, 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.

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):

- Potvrzuji, že jsem obdržel a měl příležitost prostudovat Antidopingový kodex FIM.
- 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.
- Jsem obeznámen a souhlasím, že národní motocyklové federace a FIM mají pravomoc ukládat sankce, jak se stanoví v Antidopingovém kodexu FIM.
- 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 člancích Antidopingového kodexu FIM, odvolacímu orgánu a v poslední instanci Arbitrážnímu soudu pro sport ke konečnému a závaznému rozhodčímu řízení.
- 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.
- Potvrzuji, že jsem přečetl toto Potvrzení a souhlas jezdce a že rozumím jeho obsahu.

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

otec:	matka:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

V..... dne Podpis žadatele.....

Razítko a podpis vedoucího SMS

Sdělení SMS:

Osobní údaje

Příjmení			
Křestní jméno			
Pohlaví	muž <input type="checkbox"/>	žena <input type="checkbox"/>	Datum narození

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Vyplní žadatel

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

LÉKAŘSKÉ VYŠETŘENÍ

Vyplní lékař

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

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

- | | |
|--|---|
| 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. | <input type="checkbox"/> Doporučuji, aby tato osoba byla vyšetřena lékařem Národní federace či lékařem jím doporučeným. |
| e) Souhlasím, aby informace v tomto form. byly poskytnuty lékaři národní federace. | |

Potvrzuji tímto, že výslovně souhlasím, aby AČR jako správce dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění evidoval, shromažďoval a zpracovával mé osobní údaje, včetně citlivých údajů (údajů o zdravotním stavu, které jsou nutné dle MSŘ a NSŘ pro vydání licence), které jsem mu vyplněním této žádosti dobrovolně postoupil. Tyto osobní údaje slouží pouze pro potřebu AČR danou jeho předmětem činnosti, mohou být použity v rámci sportovně technické problematiky dle MSŘ a NSŘ, a to i po ukončení platnosti licence. Citlivé údaje mohou být poskytnuty pouze Lékařské komisi FMS AČR nebo dalším osobám dle MSŘ a NSŘ. Prohlašuji, že jsem byl řádně informován o všech skutečnostech dle zákona č. 101/2000 Sb.

.....
Datum

.....
Podpis žadatele

.....
Datum vyšetření

.....
Podpis a razítko lékaře