

Autoklub České republiky - Federace motocyklového sportu

Požadované označ křížkem či doplň!



Žádost o vystavení licence jezdce - rok 2010

FIM	<input type="checkbox"/>	UEM	<input type="checkbox"/>	SILNIČNÍ ZÁVODY	<input type="checkbox"/>
AČR MEZ A	<input type="checkbox"/>	AČR MEZ B	<input type="checkbox"/>	Silnice - Minibike - Skútry - Dragstery - Vintage	
AČR nár. A	<input type="checkbox"/>	AČR nár. B	<input type="checkbox"/>	TRIAL	<input type="checkbox"/>
Mládeže	<input type="checkbox"/>	AČR nár. C	<input type="checkbox"/>	ENDURO	<input type="checkbox"/>
Příjmení	<input type="text"/>			MOTOTURISTIKA	<input type="checkbox"/>
Ulice, ČP	<input type="text"/>			PLOCHÁ DRÁHA	<input type="checkbox"/>
	Jméno	<input type="text"/>		Dat.nar.	<input type="text"/>
	Obec	<input type="text"/>		PSČ	<input type="text"/>
Mobil, email	<input type="text"/>				

Potvrzuji tímto, že souhlasím, aby Autoklub České republiky 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 sportovně technické problematiky dle MSŘ a NSŘ, zveřejněny v Ročence a na webových stránkách AČR, které jsou oficiálním informačním zdrojem AČR. Prohlašuji, že jsem byl/a řádně informován/a 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 sezoně 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):

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 člácích 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 národek, 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.

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: Kategorie:

(Prosím zde napiš jakou pojedíš kategorií a vypiš také email)

Osobní údaje

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

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 pravidelně 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"/> EKG (nad 45let *)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zátěžové EKG *		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krevní tlak		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tep		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dýchací systém		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nervový systém	centrální	<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"/>
	vlevo	<input type="checkbox"/>
	DK vpravo	<input type="checkbox"/>
	vlevo	<input type="checkbox"/>
	páteř	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Břicho - kýly		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Moč	bílk.	<input type="checkbox"/>
	cukr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oči - visus	vpravo	<input type="checkbox"/> s korekcí
	vlevo	<input type="checkbox"/> s korekcí
	vpravo	<input type="checkbox"/> bez korekce
	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. Pro MS Cross Country a další dálkové soutěže je nutný zátěžový EKG test jednou za 3 roky.**

- Ze zdravotních důvodů mi nebyl zakázán žádný jiný sport.
- Neužívám drogy a nepiji pravidelně alkohol.
- Souhlasím, aby v případě zranění podal zdravotnický personál informace týkající se mého zdravotního stavu řediteli závodu a národní federaci.
- Stvrzuji, že informace v tomto formuláři jsou pravdivé.
- Souhlasím, aby informace v tomto form. byly poskytnuty lékaři národní federace.

Já, níže podepsaný stvrzuji, že tato osoba se může zúčastňovat motocyklových závodů.

Já, níže podepsaný stvrzuji, že tato osoba NENÍ SCHOPNA se zúčastňovat motocyklových závodů.

Doporučuji, aby tato osoba byla vyšetřena lékařem Národní federace či lékařem jím doporučeným.

Žadatel o lékařskou prohlídku výslovně souhlasí se shromažďováním a zpracováním osobních údajů pro vnitřní potřebu Autoklubu ČR a s poskytnutím údajů lékařům jmenovaným Autoklubem ČR

.....
Datum

.....
Podpis žadatele

.....
Datum vyšetření

.....
Podpis a razítko lékaře