Приложение 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Класс (группа)* |  | *Двигатель (2-Т/4-Т)* |  | *Номер датчики* |  | *Стартовый номер* |

|  |
| --- |
| **Заявка на участие в соревнованиях** |
|  |
| ***Наименование соревнований по Положению (Регламенту)*** |
|  |  |
| ***Место проведения*** | ***Дата проведения*** |
| **Фамилия:** |  |
| **Имя:** |  |
| **Отчество:** |  |
| **Разрешение на участие в национальных соревнованиях (Лицензия) МФР****(тип, №):** |  | **Спортивное звание, разряд** |
|  |
| **№ удостоверения (МСМК,МС,КМС)** |
|  |
| **Дата рождения** |  |  |  |  |
| *Число* | *Месяц* | *Год* | ***Гражданство*** |
| **Город (край, область, район):** |  |
| **Команда:** |  | **Номер регистрационного свидетельства** |
|  |
| **Мотоцикл/квадроцикл/снегоход 1** |  |  |  |  |
| **Мотоцикл/квадроцикл/снегоход 2** |  |  |  |  |
| *Марка* | *№ рамы* | *Год выпуска* |  |
| **Тренер** |  |  |  |
| *Фамилия* | *Имя* | *Отчество* |
| **Механик** |  |  |  |
| *Фамилия* | *Имя* | *Отчество* |
| **Стра ховой полис** | *Серия, номер:* |  | *Срок действия:* |  |
| *Кем выдан:* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Мед. Допуск (отметка в квалификационной зачетной книжке), срок действия:** |  |
| **Паспорт (Свидетельство****о рождении):** | ***Серия; №:*** |  |
| **Кем и когда выдан (но):** |  |
| **ИНН:** |  |
| **Пенсионное страховое свидетельство:** |  |
| **Домашний адрес** | *Индекс:* |  | Субъект РФ, город (край, область, район) |  |
| *Улица:* |  |
| *Дом, кв.:* |  |
| *Телефон:* |  | ***e-mail:*** |  |

**Я, нижеподписавшийся, принимаю требования Положения, Регламента, Спортивного кодекса Федерации мотоциклетного спорта России (Далее по тексту МФР) и Правил соревнований, других нормативных документов МФР и законодательства РФ, обязуюсь строго соблюдать их. Подтверждаю, что у меня нет медицинских противопоказаний для занятий спортом, я не принимаю наркотики и не злоупотребляю алкоголем. В случае получения травмы или заболевания, я разрешаю медицинскому персоналу оказать необходимую медицинскую помощь и сообщить соответствующую информацию в компетентные органы и заинтересованным лицам. Подтверждаю, что данные, указанные мною в заявке соответствуют действительности. Заявленные мотоциклы соответствуют техническим требованиям. Я даю свое разрешение на обработку персональных данных в соответствии с законом 152-фз.**

*«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.*

**Подпись заявителя (родители/опекун/попечитель/законный представитель):** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, инициалы): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**