



МИНИСТЕРСТВО СПОРТА  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЦИЯ МОТОЦИКЛЕТНОГО СПОРТА РОССИИ



LEMARC  
МОТОРНЫЕ МАСЛА



Класс (группа)	Двигатель (2-Т/4-Т)	Номер датчика	Стартовый номер

### Заявка на участие в соревнованиях

--	--

Фамилия:	
Имя:	
Отчество:	

Разрешение на участие в национальных соревнованиях (Лицензия) МФР (тип, №):	Спортивное звание, разряд
	б/р
	№ удостоверения/приказа (ЗМС, МСМК, МС, КМС; I, II, III разряд)

Дата рождения	14.05.2019	Гражданство	Россия
---------------	------------	-------------	--------

Город (регион):	г. Верхняя пышма, Свердловская область
-----------------	--

Команда:	МАУ До "СШ по АМС"	№ регистрационного свидетельства	
----------	--------------------	----------------------------------	--

Мотоцикл - 1	Yam	-----	-----
Мотоцикл - 2	Марка	№ рамы	Год выпуска

Тренер	Быков Александр Викторович
Механик	

Страховой полис от Н/С	Серия, номер:	17/25-сз 12-3615910	Срок действия:	07.01.2026
	Кем выдан:	Югория		

Мед. Допуск (отметка в квалификационной зачетной книжке), срок действия:			
Паспорт (Свидетельство о рождении):		Серия; №:	V-AИ 618578
Кем и когда выдан (но):			
ИНН:	668608588508	Пенсионное страховое свидетельство:	205 654 352 50
Письменное согласие от родителей (опекунов/попечителей) заверенное нотариально (на спортсменов до 18 лет).			

Домашний адрес		e-mail:	
Телефон	89222280023	Telegram	-----

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 не имел контактов с инфицированными коронавирусом (COVID 19) и не находился за пределами границ РФ в течении последних 14 дней. 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.

« » 2025 г.

Подпись заявителя (родителей/опекуна/попечителя/законного представителя) \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_



МИНИСТЕРСТВО СПОРТА  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЦИЯ МОТОЦИКЛЕТНОГО СПОРТА РОССИИ



LEMARC  
МОТОРНЫЕ МАСЛА



<b>PW 50 см3</b>	<b>2Т</b>		<b>14</b>
Класс (группа)	Двигатель (2-Т/4-Т)	Номер датчика	Стартовый номер

**МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА УЧАСТНИКА (СПОРТСМЕНА)**  
(заполняется спортсменом/родителями (опекунами/попечителями)/законными представителями)

*Зимний ЧлП ГО Верхняя Пышма 2 этап + Кубок СО Финал*

Свердловская область, Верхняя Пышма, 2-я Пролетарская улица, 1

**22.02.2025**

Фамилия:	Хайруллин
Имя:	Тимур
Отчество:	Максимович

Дата рождения	14.05.2019	Гражданство	Россия
---------------	------------	-------------	--------

Город (регион):	г. Верхняя пышма, Свердловская область
Домашний адрес	

<b>Есть ли у вас следующие болезни/симптомы?</b>	<b>Да/Нет</b>
Потеря сознания по любым причинам, головокружение, головная боль	Нет
Глазные заболевания (кроме ношения очков)	Нет
Астма	Нет
Аллергия на медицинские препараты, лекарства	Нет
Диабет	Нет
Заболевания сердца	Нет
Заболевания желудка (язва и т.п.)	Нет
Гипертония, гипотония	Нет
Заболевания мочеполовых органов	Нет
Эпилепсия, судороги, конвульсии	Нет
Нервные заболевания	Нет
Заболевания рук, ног, суставов, судороги мышц	Нет
Заболевания крови, несвертываемость крови	Нет
Перенесенные операции	Нет
Принимаете ли Вы какие-либо лекарства постоянно?	Нет

А. У меня нет медицинских противопоказаний для занятий спортом.	Подтверждаю
Б. Я не принимаю наркотики и не злоупотребляю алкоголем.	Подтверждаю
В. В случае получения травмы или заболевания, я разрешаю медицинскому персоналу оказать необходимую медицинскую помощь и сообщить соответствующую информацию в компетентные органы и заинтересованным лицам	Разрешаю
Г. Я подтверждаю достоверность предоставленной мной информации.	Подтверждаю
Д. Я согласен с тем, что информация о моем медицинском осмотре будет передана в компетентные органы и заинтересованным лицам.	Согласен

Д. Я согласен с тем, что информация о моем медицинском осмотре будет передана в компетентные органы и заинтересованным лицам.

«        »        **2025 г.**

Подпись заявителя (родителей/опекуна/попечителя/законного представителя) \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_