

Клас:

Състезателен номер:

Стартов номер:

(Попълва се служебно)

VICTORY EXTREME
28, 29 АПРИЛ 2007 БУХОВО
ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА УЧАСТИЕ

ВСЕКИ участник трябва да представи попълнена и подписана декларацията за участие.

Моля, попълнете четливо със син химикал.

Име:

Клуб:

Дата на раждане:

Телефон:

E-mail:

Марка на мотора/ATV: Модел:

ВСЕКИ УЧАСТНИК ТРЯБВА ДА ПРОЧЕТЕ, ПОДПИШЕ И ПОСТАВИ ДАТА НА НАСТОЯЩАТА ДЕКЛАРАЦИЯ:

Удостоверявам, че попълнените данни са верни и точни.

Декларирам, че съм прочел и разбрал **Регламента на състезанието**, предоставен от Организаторите, и се съгласявам да спазвам него и всички други правила и условия, влезли в сила по време на състезанието. Декларирам, че съм физически и психически здрав и имам необходимите спортни умения, за да участвам в състезанието. Наясно съм с характера на състезанието и рисковете, присъщи на този спорт и съм съгласен да приема тези рискове като независещи от Организаторите на състезанието. Рисковите ситуации по време на състезанието не са по вина на Организаторите, а са напълно характерни за този вид спорт. Декларирам, че няма да отправям обвинения към Организаторите, собственика на земята, Община Бухово и всички лица, свързани с организацията на събитието, за физически и имуществени щети, причинени по време на състезанието. Съгласен съм с условието, че

моторът/ATV, с който участвам, трябва да отговаря на **Техническите изисквания**, поставени от Организаторите и декларирам, че моят мотор/ATV отговаря на тези условията. Декларирам, че веднага след пристигането си в Бухово, ще попълня всички регистрационни форми и документи, необходими на Организаторите на състезанието и ще спазвам правилата, определени от тях.

Подпис:

Дата:

МЕДИЦИНСКО СЪСТОЯНИЕ НА УЧАСТНИКА

Страдали ли сте от следните заболявания или получавали ли сте следните наранявания (оградете вярното с кръгче):

Наранявания/травми на главата	ДА / НЕ	Мозъчно сътресение	ДА / НЕ
Високо кръвно налягане	ДА / НЕ	Сърдечно заболяване	ДА / НЕ
Епилепсия	ДА / НЕ	Световъртеж, замаяност	ДА / НЕ
Пристъпи или загуба на съзнание	ДА / НЕ	Очни заболявания или операции	ДА / НЕ
Респираторни заболявания/астма	ДА / НЕ	Нарушения на двигат. функции	ДА / НЕ

Подпис:

Дата:

Тази информация, ще се използва от лекар в случай на злополука и няма да окаже влияние на участие в състезанието.

Организатори: BESTRIDE и ЕНДУРО КЛУБ VICTORY

За информация: office@bestride.eu, 02 489 44 15

0889 25 80 55, 0887 25 50 05