



Českomoravská asociace motocyklového sportu

NEVYPLŇUJTE:

| | |
|----------------|---------|
| číslo licence: | |
| Typ: | Částka: |

Žádost o vystavení NÁRODNÍ licence jezdce na rok 2018

| | | |
|---|--|---|
| DISCIPLÍNA/Disipline: <input type="checkbox"/> ENDURO <input type="checkbox"/> PŘÍRODNÍ OKRUHY | TYP LICENCE/Type of license: <input type="checkbox"/> licence A <input type="checkbox"/> licence B <input type="checkbox"/> licence C <input type="checkbox"/> licence M-mládež | PLATNOST/Validity: <input type="checkbox"/> celoroční/all races <input type="checkbox"/> jednorázová/one race termín a název závodu/term end place of race: |
| START. ČÍSLO: Start. number: _____ | TŘÍDA a KATEGORIE: Class and category: _____ | |
| PŘÍJMENÍ: Surname: _____ | JMÉNO: First name: _____ | DAT. NAR.: Date of birth: _____ |
| ULICE: Address: _____ | Č. domu: No. of house: _____ | |
| OBEC: City: _____ | PSČ: ZIP code: _____ | TELEFON: Phone: _____ |
| E-MAIL: _____ | | |

POTVRZENÍ A SOUHLAS ŽADATELE O LICENCI

- Potvrzuji tímto, že souhlasím, aby CAMS jako správce dle § 5 zákona č. 101/2000Sb., 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 CAMS danou jeho předmětem činnosti, mohou být použity v rámci sportovní technické problematiky dle NSŘ, zveřejněny v Ročence a na webových stránkách CAMS, které jsou oficiálním informačním zdrojem CAMS. Prohlašuji, že jsem byl řádně informován o všech skutečnostech dle zákona č.101/2000 Sb.
- Podpisem na žádosti se jako žadatel zavazuji dodržovat národní řády CAMS v platné verzi.
- Jezdec/zákonný zástupce se svým podpisem na žádosti pro daný rok zavazuje uzavřít pojistné smlouvy v souladu s řády CAMS, s místem konání podniku, závaznými pokyny pro pojištění (uveřejněny na webu CAMS) a na částky minimálních pojistných limitů.
- Jezdec/zákonný zástupce je seznámen s tím, že ho tato licence opravňuje pouze ke startu na podnicích CAMS a zapsaných do kalendáře CAMS.

ANTIDOPINGOVÝ KODEX - "Potvrzení a souhlas žadatele o licenci"

Já, držitel licence jezdce Českomoravské asociace motocyklového sportu potvrzuji a souhlasím s níže uvedeným:

- Potvrzuji, že jsem se seznámil se Směrnici pro kontrolu a postih dopingů ve sportu v ČR (dále jen SKPD ČR) vydanou Antidopingovým výborem ČR jako implementaci Světového antidopingového kodexu.
- Souhlasím, že budu dodržovat a řídit se všemi ustanoveními SKPD ČR a rovněž všemi dodatky, změnami a úpravami SKPD.
- Jsem seznámen a souhlasím s tím, že CAMS má pravomoc ukládat sankce, jak se stanoví v SKPD ČR a příslušných rádech CAMS.
- Uznávám a souhlasím, že proti rozhodnutím přijatým v souladu s pravidly uvedenými v SKPD ČR a CAMS jsou možné pouze řádné a mimořádné opravné prostředky a souhlasím, že rozhodnutí, proti nimž již není v souladu s SKPD ČR možno podat opravné prostředky, jsou konečná a právně vynutitelná (konečné rozhodnutí), a jsem si vědom skutečnosti, že proti nim nejsem oprávněn použít jakékoliv prostředky právního řádu ČR.
- V té souvislosti se zavazuji, že nevznesu na základě těchto konečných rozhodnutí 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 žadatele o licenci jezdce", že rozumím jeho obsahu, že se jím budu řídit a toto stvrzuji svým podpisem.

POTVRZENÍ O LÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE JEZDCE 2018

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| JMÉNO a PŘÍJMENÍ: _____ | DATUM NAROZENÍ: _____ |
| NÁZEV ZDRAV. POJIŠŤOVNY: _____ | KÓD: _____ |

Výše uvedený jezdec je schopen provozování motocyklového sportu v rámci podniků CAMS.

| | |
|--|--------------------------|
| Jméno a příjmení lékaře: Datum vyšetření: | Podpis a razítko lékaře: |
|--|--------------------------|

(Pro žadatele, kteří dosáhnou věku 45 let v průběhu sportovní sezóny) Výsledek žadatelova EKG nebrání způsobilosti zúčastnit se sportovních motocyklových závodů v rámci CAMS.

| | |
|--|--|
| Jméno a příjmení lékaře: Datum vyšetření: | Jméno a příjmení lékaře, podpis a razítko: |
|--|--|

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

| | otec: | matka: | zákonný zástupce: |
|--------------------------------------|-------|--------|-------------------|
| jméno a příjmení: | | | |
| datum narození: | | | |
| tel./mob.: | | | |
| podpis: | | | |
| datum, razítko a podpis ověřovatele: | | | |

Při platbě převodem do zprávy pro příjemce uveďte JMÉNO A PŘÍJMENÍ JEZDCE!

Datum, podpis a razítko CAMS:

| |
|-------------------------|
| V Dne: 2018 |
| Podpis žadatele: |