

Potvrdenie o lekárskej prehliadke

Meno a priezvisko jazdca:			
Názov / Kód zdrav.poisťovne:		Dátum narodenia:	
Alergie, dlhodobo užívané lieky:			
Dioptrické okuliare:	☐ áno ☐ nie	EKG (nad 50 rokov):	☐ pozitívny nález ☐ negatívny nález
Poznámka:			
Vyššie uvedený jazdec je spôsobilý vykonávať motocyklový šport v rámci podujatí SMF, FIM Európa a FIM.			
Dátum vyšetrenia:	Podpis a pečiatka lekára:		

Overené podpisy zákonných zástupcov

Podpisy oboch rodičov (zákonných zástupcov) u žiadateľov mladších ako 18 rokov, overené matrikou mestského, resp. obecného úradu alebo notárom.	
Otec	Matka
Podpis:	Podpis:
Overenie podpisu:	Overenie podpisu:

Podpisom žiadosti žiadateľ / zákonný zástupca potvrdzuje svoju bezúhonnosť, pravdivosť a plnosť uvedených údajov. Súčasne sa zaväzuje dodržiavať platné predpisy a nariadenia FIM, FIM Európa a SMF.