



Českomoravská asociace motocyklového sportu

číslo
licence:

Žádost o vystavení NÁRODNÍ licence jezdce na rok 2014

SILNICE <input type="checkbox"/>	PŘÍR. OKRUHY <input type="checkbox"/>	MOTOKROS <input type="checkbox"/>	ENDURO <input type="checkbox"/>	SUPERMOTO <input type="checkbox"/>	PLOCHÁ DRÁHA <input type="checkbox"/>
typ licence:			platnost:		
licence A <input type="checkbox"/>	licence BM-mládež <input type="checkbox"/>	licence H <input type="checkbox"/>	celoroční <input type="checkbox"/>		
licence AM-mládež <input type="checkbox"/>	licence BV-veterán <input type="checkbox"/>	spolujezdec <input type="checkbox"/>	jednorázová <input type="checkbox"/>		
licence B <input type="checkbox"/>	licence C <input type="checkbox"/>	lyžař <input type="checkbox"/>			

Pozn: Požadované vyznačte X

značka motocyklu: <input type="text"/>	třída: <input type="text"/>	start.číslo: <input type="text"/>
PŘÍJMENÍ: <input type="text"/>	JMÉNO: <input type="text"/>	DATUM NAROZENÍ: <input type="text"/>
ULICE: <input type="text"/>	OBEC: <input type="text"/>	
PSČ: <input type="text"/>	TEL./MOB.: <input type="text"/>	FAX: <input type="text"/>
E-MAIL: <input type="text"/>		

POTVRZENÍ A SOUHLAS ŽADATELE O LICENCI

- Potvrzuji tímto, že souhlasím, aby CAMS jako správce dle 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 sportovně 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 pojistných limitů.
- Jezdec/zákonný zástupce je seznámen s tím, že ho tato licence opravňuje pouze ke startu v národních podnicích CAMS 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 Směrnicí pro kontrolu a postih dopingu 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 řádech 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, které jsou uvedeny v SKPD ČR 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, nezhájím 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

Osobní údaje:

JMÉNO a PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

NÁZEV ZDRAV. POJIŠŤOVNY:

KÓD:

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

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 podniků v rámci CAMS.

Datum vyšetření:

Podpis a razítko lékaře:

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:			

Datum, podpis a razítko CAMS:

V

Dne:

Podpis žadatele:

Platba provedena z účtu číslo:

Do zprávy pro příjemce uvést: "jméno a příjmení"