



Českomoravská asociace motocyklového sportu

číslo
licence:

Žádost o vystavení NÁRODNÍ licence jezdce na rok 2017

SILNICE	<input type="checkbox"/>	MOTOKROS	<input type="checkbox"/>	PŘÍRODNÍ OKRUHY	<input type="checkbox"/>	ENDURO	<input type="checkbox"/>	SUPERMOTO	<input type="checkbox"/>	POCHÁ 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 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 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, 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

JMÉNO a PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

NÁZEV ZDRAV. POJIŠŤOVNY:

KÓD:

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

Datum vyšetření:

Jméno a příjmení lékaře, podpis a razítko:

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

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:

Podpis žadatele: