



AlternatívHajtásúJárműsportSzövetség

SZEMÉLYI ADATOK

Családnév: _____

Keresztnév: _____ Anyja neve: _____

Születési hely: _____ Születési _____ év _____ hó _____ nap

Állampolgárság: _____ Vércsoport: _____ / _____



LAKÓHELY

Irányítószám: _____ Város: _____ Utca és házszám _____

EGYÉB ADATOK

Szig. szám: _____ Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

RENDEZVÉNY

Neve: _____

Helyszín: _____ Időpont: _____

GÉPJÁRMŰVEZETŐI ENGEDÉLY

Száma: _____

Kategória: A B C D E F

Kiállítás időpontja: _____

Érvényesség időpontja: _____

EGYESÜLET/ SZAKOSZTÁLY

Neve: _____

Címe: _____

ORVOSI ENGEDÉLY

A vizsgálat ideje: _____ év _____ hónap _____ nap

1. A sportoló jogállása: **amatőr** / **hivatásos**

(Megjegyzés: Hivatásos az a sportoló, aki a sportegyesülettel, vagy sportvállalkozással fennálló munkaviszony alapján sportol.)

2. Gyógyszerérzékenység: _____

3. Szemüveg / kontakt lencse viselése szükséges: **igen** / **nem**

4. A orvosi vizsgálat eredménye: **alkalmas**(versenyezhet) / **nem alkalmas**(nem versenyezhet)

A orvosi engedély érvényességi időtartama: _____

Az orvos aláírása és pecsét lenyomat helye