

PŘIHLÁŠKA K REGISTRACI

Registrační formulář

Příjmení: **Jméno:** **Rodné číslo:**

Ulice + čp: **Město/Obec:** **PSČ:**

Registrace za atletický oddíl/klub:

Prohlašuji, že jsem absolvoval vstupní lékařskou prohlídku podle § 4 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č.391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné a výchově a sportu, a podle lékařského posudku ze dne  jsem zdravotně způsobilý k atletice.

Současně se zavazuji, že po dobu mé registrace v ČAS absolvuji vždy jednou za 12 měsíců pravidelnou lékařskou prohlídku podle § 5 vyhlášky č. 391/2013 Sb.

Beru na vědomí ustanovení závazných předpisů o dopingu a přijímám povinnosti, které pro mne z těchto předpisů vyplývají.

Souhlasím s tím, že mé osobní údaje, uvedené na této přihlášce k registraci, budou součástí evidence ČAS a budou využívány pro jeho činnost po dobu mé registrace v ČAS, prodloužené do konce roku následujícího po skončení platnosti registrace.

Datum

Vlastnoruční podpis sportovce
(u sportovců mladších 15ti let také podpis
zákonného zástupce)

**Razítko atletického oddílu/klubu
a podpis zodpovědného funkcionáře**