

## NEVEZÉSI LAP

**Egyéni (14 km) | Váltó felnőtt (2 fő)**

**Rajtszám:**

A rajtszámot a rendezőség tölti ki.

Kérjük a nevezési lapot NYOMTATOTT BETŰVEL, olvashatóan töltsd ki! (A \*-gal jelölt mezők kitöltése kötelező! Ahol kell tegyél egy x-et a megfelelőhöz!)

* <b>1.</b> NÉV:	<input type="text"/>	* Lakcím:	<input type="text"/>
Számlázási név:	<input type="text"/>	Számlázási cím:	<input type="text"/>
Postázási név:	<input type="text"/>	Postázási cím:	<input type="text"/>
* Születési hely:	<input type="text"/>	* Születési idő:	<input type="text"/>
* E-mail cím:	<input type="text"/>	* Mobil telefonszám:	<input type="text"/>
Egyesület / Sport klub:	<input type="text"/>		

\* Póló méret:  XS  S  M  L  XL  XXL

* <b>2.</b> NÉV:	<input type="text"/>	* Lakcím:	<input type="text"/>
Számlázási név:	<input type="text"/>	Számlázási cím:	<input type="text"/>
Postázási név:	<input type="text"/>	Postázási cím:	<input type="text"/>
* Születési hely:	<input type="text"/>	* Születési idő:	<input type="text"/>
* E-mail cím:	<input type="text"/>	* Mobil telefonszám:	<input type="text"/>
Egyesület / Sport klub:	<input type="text"/>		

\* Póló méret:  XS  S  M  L  XL  XXL

\*  A nevezési lap kitöltésével és aláírásával elfogadom a verseny szabályzatát és a versenybírók közreműködését. Elismerem, hogy saját felelősségre indulok és egészségi állapotom megfelel a versenyen való részvétel feltételének. A versenyrósvost tájékoztatom betegségeimről, ha szükségesnek ítéli, vizsgálatainak alávetem magam. Elfogadom, hogy a versenyből kizárásra kerül, aki rajtszám nélkül versenyez, vagy azt nem látható helyre rögzíti, illetve eltakarja. A pálya elhagyása, rövidítése szintén kizárást von maga után. Kártérítési igényvel nem élek sérülés esetén.

**1.** aláírás

**2.** aláírás

# III. Hévízi FutóFesztivál

## NYILATKOZAT EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTRÓL



Az alábbi nyilatkozat kitöltése azért indokolt (és egyúttal kötelező is), hogy szükség esetén a verseny orvosi személyzete tájékozott legyen az Ön egészségügyi állapotáról, annak előzményeiről. A megadott válaszok és információk adatvédelme garantált, az egészségügyi személyzet számára csak abban az esetben válik elérhetővé, ha az Ön állapota a verseny időtartama alatt ezt megköveteli.

Kérjük a lapot olvashatóan töltsd ki! (A \*-gal jelölt mezők kitöltése kötelező! Ahol kell tegyél egy x-et a megfelelőhöz!)

* <b>NÉV:</b>	<input type="text"/>	* <b>Lakcím:</b>	<input type="text"/>
* <b>Születési hely:</b>	<input type="text"/>	* <b>Születési idő:</b>	<input type="text"/>
* <b>E-mail cím:</b>	<input type="text"/>	* <b>Mobil telefonszám:</b>	<input type="text"/>
Váltó versenyszám (21 vagy 14 km) nevezés esetén csapat neve:		<input type="text"/>	

\* Az itt felsorolt betegségek, állapotok jellemeznek, esetleg valamelyikükre rendszeresen gyógyszert szedsz:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> szívkoszorúér betegség (korábbi szívinfarktus), angina | <input type="checkbox"/> szívritmuszavar                                 |
| <input type="checkbox"/> magasvérnyomás   | <input type="checkbox"/> asztma  |
| <input type="checkbox"/> allergia   | <input type="checkbox"/> cukorbetegség                                   |
| <input type="checkbox"/> vérszegénység  | <input type="checkbox"/> fertőző betegség (AIDS, Hepatitis A/B/C, egyéb) |
| <input type="checkbox"/> terhesség  | <input type="checkbox"/> epilepszia                                      |
| <input type="checkbox"/> pszichiátriai betegség                                 | <input type="checkbox"/> egyik sem jellemző az állapotomra               |

egyéb:

\* Ezeket a gyógyszereket szedsz / szedtem a közelmúltban:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nem szedsz / szedtem gyógyszert
----------------------	--

\* Gyógyszerérzékenységed:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nincs	* Vércsoportom: <input type="text"/>
----------------------	--------------------------------	--------------------------------------

\* Az alábbi táplálékkiegészítőket szedsz:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nem fogyasztok táplálékkiegészítőt
----------------------	---

Korábbi műtétek, balesetek, sérülések:

Hozzá tartozó neve és telefonszáma:

alíírás

# III. Hévízi FutóFesztivál

## NYILATKOZAT EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTRÓL



Az alábbi nyilatkozat kitöltése azért indokolt (és egyúttal kötelező is), hogy szükség esetén a verseny orvosi személyzete tájékozott legyen az Ön egészségügyi állapotáról, annak előzményeiről. A megadott válaszok és információk adatvédelme garantált, az egészségügyi személyzet számára csak abban az esetben válik elérhetővé, ha az Ön állapota a verseny időtartama alatt ezt megköveteli.

Kérjük a lapot olvashatóan töltsd ki! (A \*-gal jelölt mezők kitöltése kötelező! Ahol kell tegyél egy x-et a megfelelőhöz!)

* <b>NÉV:</b>	<input type="text"/>	* <b>Lakcím:</b>	<input type="text"/>
* <b>Születési hely:</b>	<input type="text"/>	* <b>Születési idő:</b>	<input type="text"/>
* <b>E-mail cím:</b>	<input type="text"/>	* <b>Mobil telefonszám:</b>	<input type="text"/>
Váltó versenyszám (21 vagy 14 km) nevezés esetén csapat neve:		<input type="text"/>	

\* Az itt felsorolt betegségek, állapotok jellemeznek, esetleg valamelyikükre rendszeresen gyógyszert szedsz:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> szívkoszorúér betegség (korábbi szívinfarktus), angina | <input type="checkbox"/> szívritmuszavar                                 |
| <input type="checkbox"/> magasvérnyomás   | <input type="checkbox"/> asztma  |
| <input type="checkbox"/> allergia   | <input type="checkbox"/> cukorbetegség                                   |
| <input type="checkbox"/> vérszegénység  | <input type="checkbox"/> fertőző betegség (AIDS, Hepatitis A/B/C, egyéb) |
| <input type="checkbox"/> terhesség  | <input type="checkbox"/> epilepszia                                      |
| <input type="checkbox"/> pszichiátriai betegség                                 | <input type="checkbox"/> egyik sem jellemző az állapotomra               |

egyéb:

\* Ezeket a gyógyszereket szedsz / szedtem a közelmúltban:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nem szedsz / szedtem gyógyszert
----------------------	--

\* Gyógyszerérzékenységed:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nincs	* Vércsoportom: <input type="text"/>
----------------------	--------------------------------	--------------------------------------

\* Az alábbi táplálékkiegészítőket szedsz:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nem fogyasztok táplálékkiegészítőt
----------------------	---

Korábbi műtétek, balesetek, sérülések:

Hozzá tartozó neve és telefonszáma:

alíírás