

NEVEZÉSI LAP

Félmaraton (21 km) | Váltó felnőtt (3 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!)

| | | | |
|-------------------------|---|----------------------|----------------------|
| * 1. 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: | <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL | | |
| * 2. 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: | <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL | | |
| * 3. 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: | <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 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 versenyorvost 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

3. 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!)

| | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| * NÉV: | <input type="text"/> | * Lakcím: | <input type="text"/> |
| * Születési hely: | <input type="text"/> | * Születési idő: | <input type="text"/> |
| * E-mail cím: | <input type="text"/> | * Mobil telefonszám: | <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:

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!)

| | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| * NÉV: | <input type="text"/> | * Lakcím: | <input type="text"/> |
| * Születési hely: | <input type="text"/> | * Születési idő: | <input type="text"/> |
| * E-mail cím: | <input type="text"/> | * Mobil telefonszám: | <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:

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!)

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

* Az itt felsorolt betegségek, állapotok jellemzők, 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:

aláírás