

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **АНКЕТА УЧАСТНИКА** |  |
|  |  |
| Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  |
| Дата рожд. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Менеджер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| день, месяц, год |  |
| Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Секундант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Лицензия ФБР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (если иная, указать) |
| Страховое свидетельство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Вес кг \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рост см \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | ДА/НЕТ |
|  | при необходимости пояснить |
| Дата последнего боя, результат |  |
| Беспокоит ли Вас что-либо в состоянии здоровья (головные боли |  |
| или головокружение, расстройство зрения, др.), может ли что-либо помешать Вашему участию в бое? |  |
| Какие заболевания или травмы Вы перенесли в период 120 дней |  |
| до этого боя? |  |
| Перенесли ли Вы нокаут/нокдаун в период 120 дней до этого боя |  |
| Рекомендации врача по этому поводу. |  |
| Какие мед.препараты, витамины, средства сгонки веса |  |
| Вы применяли в период 120 дней до этого боя? |  |
| Ваш вес за 7 дней до этого боя |  |
| Дата последнего КТ/MRI головного мозга |  |
| Известно ли Вам о том, что во время боя разрешены только |  |
| чистая вода, раствор адреналина 1/1000 и белый вазелин? |  |
| Знаете ли Вы правила антидопингового контроля и |  |
| готовы ли пройти тест? |  |
| Имеете ли Вы письменные (нерасторгнутый контракт) или устные |  |
| обязательства, препятствующие Вашему участию в бое? |  |
|  |  |
| ***Я, нижеподписавшийся боец, понимаю степень риска и принимаю на себя ответственность за*** | |
| ***возможное причинение ущерба здоровью в результате моего участия в матче. Подтверждаю*** | |
| ***наличие у меня свидетельства о медицинском страховании в случае травм на ринге.*** | |
|  |  |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
|  |  |
| Заключение врача о допуске к бою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  |
| Фамилия врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Зафиксированный вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Супервайзер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Рекомендации врача после боя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  старший секундант бойца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  принимаю на себя ответственность за решение о выходе бойца на ринг, контроль состояния бойца во время боя, а также за своевременный отказ от продолжения боя в случае неудовлетворительного состояния бойца.  ………………………….. «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.  (подпись) | |