

|  |
| --- |
|  |
|  **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) |