

BADANIA LEKARSKIE
ANNUAL MEDICAL EXAMINATION

Data Date	Podpis Lekarza Medycyny Sportowej Doctor's Signature	Pieczeń PZM ASN Stamp

DLA LEKARZA ZAWODÓW: Przed każdymi zawodami Lekarz Zawodów odbiera niniejszą Kartę i zwraca ją zainteresowanym osobom dopiero po zakończonych zawodach. W razie wypadku Lekarz Zawodów musi wpisać do Karty w miejscu do tego przeznaczonym uwagi dotyczące odniesionych kontuzji a następnie w jak najkrótszym czasie przesłać kopie Karty do **PZM**. Sprawdzenie niniejszej Karty może zastąpić badanie lekarskie poprzedzające zawody.

FOR MEDICAL OFFICERS: Before each event the responsible Medical Officer will take possession of the present Form and will return it to the person concerned only after the competition. In case of an accident, the Medical Officer must, in the space reserved for the purpose, enter the medical observations regarding any injuries suffered and return the copy of the Form to the ASN as soon as possible. The pre-competition examination can be substituted by the examination by the Medical Officer of the Form.

DLA ZAWODNIKA: Zawodnicy są zobowiązani okazać niniejszą Kartę Zdrowia do sprawdzenia przed zawodami a w szczególności zaś do jej przekazania Lekarzowi Zawodów pod karą nie dopuszczenia do zawodów.

FOR DRIVERS: Drivers are under strict obligation to present this Medical Form for checking, and also to give it to the responsible Medical Officer before each event. Failure to do so will entail noneligibility to compete.

Ja niżej podpisany zobowiązuję się do nie używania żadnych substancji mających na celu sztuczne i czasowe zwiększenie wydolności fizycznej oraz mogących zagrażać mojemu zdrowiu, w szczególności substancji umieszczonych na liście Międzynarodowego Komitetu Olimpijskiego.

I undertake that I will not use any substances intended to artificially and temporarily increase physical capabilities and liable to be detrimental to my health, particularly those substances appearing on the International Olympic Committee list.

Podpis Zawodnika
Driver's Signature.....



KARTA ZDROWIA ZAWODNIKA
MEDICAL FORM
POLSKI ZWIAZEK MOTOROWY
ul. Kazimierzowska 66
PL 02-518 Warszawa, Poland
SPORT KARTINGOWY

Ważna 5 lat od
valid

Narodowość
Nationality

Pseudonim
Pseudonym

Imię
Firstname

Nazwisko
Surname

Data urodzenia
Date of Birth



