



## ФОРМА-ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В СОРЕВНОВАНИЯХ

Название соревнований

Организатор

### ИНФОРМАЦИЯ О СПОРТСМЕНЕ

Имя и фамилия

Пол

Дата рождения

Гражданство

### ЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УСПЕШНЫХ ГЛУБИННЫХ ПОГРУЖЕНИЙ

Согласно правилам, спортсмены вносят информацию о лучших результатах за **последние три месяца**. Поставьте прочерк, если вы не тренировали дисциплину или не планируете в ней выступать. Организатор соревнований и/или судейская коллегия оставляют за собой право запросить контакты свидетелей погружений. **Эта часть формы не заполняется для соревнований в бассейне.**

**CWT**

Результат

Дата

Место

**CWTV**

Результат

Дата

Место

**CNF**

Результат

Дата

Место

**FIM**

Результат

Дата

Место

### СВЯЗАННЫЕ С ФРИДАЙВИНГОМ ИНЦИДЕНТЫ

Согласно правилам, спортсмены вносят информацию об инцидентах, связанных с фридайвингом, произошедших за последние три месяца. Поставьте прочерк, если с вами не происходило чего-то из перечисленного.

Дата последней травмы или заболевания, связанных с перепадами давления

Дата последней потери сознания в связи с острой гипоксией

Дата последнего медицинского осмотра

Подпись участника соревнований



### ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Я, нижеподписавшийся, заявляю, что сознательно и добровольно принимаю участие в вышеуказанных соревнованиях и понимаю, что фридайвинг является экстремальным видом спорта. Я принимаю всю ответственность за любые последствия для моего здоровья (включая смерть), произошедшие по ходу Соревнований, и я (или мои родственники/представители) не имею права требовать какой-либо компенсации за нанесение ущерба от Организаторов/Организатора Соревнований и/или Ассоциации фридайверов «Федерация фридайвинга».

Подпись участника соревнований

### ИНФОРМАЦИЯ О ПРИЁМЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

- Я **НЕ ПРИНИМАЮ** лекарственные препараты, способные оказывать воздействие на состояние моего здоровья в ходе соревнований.
- Я **ПРИНИМАЮ** лекарственные препараты/препарат, способные оказывать воздействие на состояние моего здоровья в ходе соревнований и прошу допуск к участию у Главного врача соревнований

Перечень принимаемых лекарственных препаратов

Подпись участника соревнований

Фамилия имя и подпись Главного врача

### РАЗРЕШЕНИЕ НА БЕЗВОЗМЕЗДНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИАМАТЕРИАЛОВ

Я разрешаю использовать и передаю все права на любые медиаматериалы, снятые в ходе соревнований и других мероприятий, приуроченных к ним, Организатору соревнований.

Подпись участника соревнований