

# NEVEZÉSI LAP | ENTRY FORM

## SPRINT FUTAM 5 KM

### 5 KM SPRINT - INDIVIDUAL



RAJTSZÁM / START NUMBER:

5 PRÓBA 8 JEGYŰ KÓD

(A rajtszámot a rendezőség tölti ki. / To be entered by the organisers:)

Kérjük a nevezési lapot NYOMTATOTT BETŰVEL, olvashatóan töltsd ki!

(A \*-gal jelölt mezők kitöltése kötelező, ahol kell tegyél egy x-et a megfelelőhöz)

Please fill out the form legibly in BLOCK CAPITALS. (Fields marked with \* must be filled out, and tick the right)

Nem / Gender:  férfi / masculin  nő / female

\*név / name: \_\_\_\_\_

\*születési idő / date of birth: \_\_\_\_\_ \*állampolgárság / nationality: \_\_\_\_\_

mobil telefonszám / mobile phone number: \_\_\_\_\_

\*cím / adress: \_\_\_\_\_

\*számlázási cím / adress for invoice: \_\_\_\_\_

\*e-mail cím / e-mail adress: \_\_\_\_\_

\*hozzátartozó neve / close relatives name: \_\_\_\_\_

\*hozzátartozó telefonszáma / close relatives phone: \_\_\_\_\_

Előreláthatólag ott leszek a szombaton este a TÉSZTAPARTIN:  igen / yes  nem tudom / I don't know  biztosan nem / certainly not

A nevezési lap kitöltésével és aláírásával elfogadom a verseny szabályzatát és a versenybíróóság közreműködését. Elismerem, hogy saját felelősségre indulok és egészségi állapotom megfelel a versenyen való részvétel feltételének. A versenyorvost tájékoztatom betegségeimről, ha szükségesnek itéli, 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 igényem nem élek sérülés esetén. A [www.keszthelyikilometerek.hu](http://www.keszthelyikilometerek.hu) Adatvédelmi Nyilatkozatát elolvastam és az abban leírtak szerint a megadott e-mail címemre fogadom a Verseny Info hírleveleket, melyek a nevezéssel és a versennyel kapcsolatos információkat tartalmazzák.

By filling out and signing the entry form I accept the rules of the race and the authority of the jury. I hereby declare that I am entering the race on my own responsibility and that my physical condition conforms to the conditions for participation in the race. I shall inform the doctor in charge of the race about my illnesses, and in case he/she considers it necessary, I shall accept being examined by him/her. I also accept the fact that anyone running without a start number or with a start number that is invisible or hidden shall be disqualified from the race. Leaving the course or taking shortcuts shall also be sanctioned by disqualification from the race. I shall not raise demand and shall not claim damages in the case of any injury. I have read the privacy statement of [www.keszthelyikilometerek.hu](http://www.keszthelyikilometerek.hu). As indicated in it, I welcome the newsletters of the competition - which contain the information about the entry and the competition - to the given email address.

Hozzájárulok megadott személyes adataim továbbításához a Mediaworks Hungary Zrt. (székhely: 1034 Budapest, Bécsi út 122-124; cégjegyzékszám: 01-10-047955) részére abból a célból, hogy - hozzájárulásom visszavonásáig - személyes adataimat a Mediaworks Hungary Zrt. közvetlen üzletszerzési célra (tájékoztatás, közvélemény- vagy piackutatás, illetve egyéb tájékoztatás - sorsolás, tájékoztatók, kereskedelmi és marketing ajánlatok eljuttatására) felhasználja, és ezzel kapcsolatosan engem az általam megadott elérhetőségeken (így elektronikus levelezés útján, telefonon) megkeressen, illetve részemre gazdasági reklámtól küldjön.

ALÁÍRÁS / SIGNATURE

**Keszthelyi Kilométerek Egyesület**

Cím: 8360 Keszthely Sórház utca 3. Telefon: +36 30 / 267 12 36

web: [www.keszthelyikilometerek.hu](http://www.keszthelyikilometerek.hu) email: [info@keszthelyikilometerek.hu](mailto:info@keszthelyikilometerek.hu)

# NYILATKOZAT | DECLARATION

## VERSENYZŐ EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTÁRÓL

## PARTICIPANT'S HEALTH STATEMENT



INTERSPORT Keszthelyi Kilométerek  
2020. Szeptember 26-27.  
ISKKM2020 - AZ ÖRÖMFUTÁS

Kérjük hogy a nevezést követően töltsd ki a az alábbi űrlapot, hogy szükség esetén a verseny orvosi személyzete tájékozott legyen egészségügyi állapotodról. A kérdőíven szereplő válaszok adatvédelme garantált, az orvosi személyzet számára akkor válik előrhetővé, ha a versenyző állapota ezt megköveteli.

After registration, please, fill in the following form to inform the medical staff of the race about your health status. The protection of the data in the form is guaranteed; they are only disclosed to the medical staff, if the participant's condition requires so.

### VERSENYZŐ ADATAI / PARTICIPANT'S DATA:

\*vezetéknév / surname: \_\_\_\_\_

\*keresztnev / given name(s): \_\_\_\_\_

**Az alább felsorolt betegségek, állapotok jellemeznek, esetleg valamelyikükre rendszeresen gyógyszert szedsz.**  
Tegyel egy "X"-et a megfelelőhöz!

**I have the following diseases/conditions and/or take medication for following.**

Put an "X"-et next to the relevant ones!

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> szív koszorúér betegség (korábbi szívinfarktus), angina /<br>coronary heart disease (previous heart attack), angina | <input type="checkbox"/> vérszegénység / anaemia   |
| <input type="checkbox"/> szívritmuszavar / cardiac dysrhythmia   | <input type="checkbox"/> fertőző betegség (AIDS, Hepatitis A,B,C stb.)<br>infectious disease (AIDS, Hepatitis A,B,C, etc.) |
| <input type="checkbox"/> magasvérnyomás / high blood pressure  | <input type="checkbox"/> terhesség / pregnancy   |
| <input type="checkbox"/> cukorbetegség / diabetes  | <input type="checkbox"/> epilepszia / epilepsy   |
| <input type="checkbox"/> asthma / asthma   | <input type="checkbox"/> pszichiátriai betegség / psychiatric illness  |

Egyéb / Other: \_\_\_\_\_

Nem szedsz semmi gyógyszert / I do not take any medication

Ezeket a gyógyszereket szedsz / I take the following medications: \_\_\_\_\_

Gyógyszerérzékenységem nincs / I have no drug sensitivity

Gyógyszerérzékenység / Drug sensitivity: \_\_\_\_\_

Nem fogyasztok táplálékkiegészítőt / I do not take the following food supplements

Az alábbi táplálékkiegészítőket szedsz / I take the following food supplements:

\_\_\_\_\_

Vércsoportom / My blood type\*: \_\_\_\_\_

Korábbi műtétek, balesetek, sérülések / Previous operations, accidents, injuries

\_\_\_\_\_

Egyéb információk: / Other information

\_\_\_\_\_

**Nyilatkozom, hogy az egészségügyi állapotom megfelel a fentieknek.**

**I hereby declare that my health status corresponds to the description above.**

ALÁÍRÁS / SIGNATURE

**Keszthelyi Kilométerek Egyesület**

Cím: 8360 Keszthely Sórház utca 3. Telefon: +36 30 / 267 12 36

web: www.keszthelyikilometerek.hu email: info@keszthelyikilometerek.hu