

# NEVEZÉSI LAP | ENTRY FORM

## FÉLMARATON - HAND-BIKE-KAL

## HALFMARATHON - HANDBIKE

INTERSPORT        
**KKM2019**  
INTERSPORT Keszthelyi Kilométerek  
2019. június 8-9.

RAJTSZÁM / START NUMBER:

(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: \_\_\_\_\_

PÓLÓ MÉRET / SIZE OF T-SHIRT:  XS  S  M  L  XL  XXL

Előreláthatólag ott leszek a szombaton este a TÉSZTAPARTIN:  igen  nem tudom  biztosan nem  
Probably I'll be there for the PASTA PARTY on Saturday evening:  yes  I don't know  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 ítéli, vizsgálatainak alávetem magam. Elfogadom, hogy a versenyből kizárássra kerül, aki rajtszám nélkül versenyez, vagy azt nem látható helyre rögzíti, illetve eltakarja. A pálya elhagyása, rövidítése szintén kizárást von maga után. Kártérítési igénnyel 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.

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)

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!*

- szív koszorúér betegség (korábbi szívinfarktus), angina / coronary heart disease (previous heart attack), angina
- szívritmuszavar / cardiac dysrhythmia
- magasvérnyomás / high blood pressure
- cukorbetegség / diabetes
- asztma / asthma

- vérszegénység / anaemia
- fertőző betegség (AIDS, Hepatitis A,B,C stb.) / infectious disease (AIDS, Hepatitis A,B,C, etc.)
- terhesség / pregnancy
- epilepszia / epilepsy
- 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