

NEVEZÉSI LAP | ENTRY FORM MARATON - VÁLTÓ MARATHON - RELAY

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)

*CSAPAT NEVE / NAME OF TEAM: _____

CSAPATVEZETŐ ADATAI / LEADER OF THE TEAM:

*név: _____ Nem / Gender: férfi / masculin nő / female

*születési idő / date of birth: _____ *állampolgárság / nationality: _____

mobil / mobile: _____ póló méret / size of t-shirt: XS S M L XL XXL

*cím / adress: _____

*számlázási cím / adress for invoice: _____

*e-mail: _____

*hozzátartozó (neve+tel.) / close relatives (name+phone): _____

Előreláthatólag ott leszek a szombaton este a TÉSZTAPARTIN:
Probably I'll be there for the PASTA PARTY on Saturday evening: igen yes nem tudom I don't know biztosan nem certainly not

INDULÓ VERSENYZŐ ESETÉN / THE FIRST RUNNER

*név: _____

A felvett rajtszámon a zóna száma jelölve lesz, a rajtot megelőzően csak a saját zónában lehet elhelyezkedni. **Válassz zónát!**
The recorded track will be marked with the zone number before the start can only be located in their own zone. **Choose a zone!**

1. ZÓNA 10,5 km / < 0,45 óra 2. ZÓNA 10,5 km / 0,45-0,52 óra

3. ZÓNA 10,5 km / 0,52-1,00 óra 4. ZÓNA 10,5 km / 1,00-1,07 óra

5. ZÓNA 10,5 km / > 1,07 óra

*2. NÉV / NAME: _____

Nem / Gender: férfi / masculin nő / female

*születési idő / date of birth: _____

*állampolgárság / nationality: _____

mobil / mobile: _____

póló méret / size of t-shirt: XS S M L XL XXL

*cím / adress: _____

*e-mail: _____

*hozzátartozó (neve+tel.) / close relatives (name+phone): _____

Előreláthatólag ott leszek a szombaton este a TÉSZTAPARTIN:
Probably I'll be there for the PASTA PARTY on Saturday evening:

igen yes nem tudom I don't know biztosan nem certainly not

*3. NÉV / NAME: _____

Nem / Gender: férfi / masculin nő / female

*születési idő / date of birth: _____

*állampolgárság / nationality: _____

mobil / mobile: _____

póló méret / size of t-shirt: XS S M L XL XXL

*cím / adress: _____

*e-mail: _____

*hozzátartozó (neve+tel.) / close relatives (name+phone): _____

Előreláthatólag ott leszek a szombaton este a TÉSZTAPARTIN:
Probably I'll be there for the PASTA PARTY on Saturday evening:

igen yes nem tudom I don't know biztosan nem certainly not

*4. NÉV / NAME: _____

Nem / Gender: férfi / masculin nő / female

*születési idő / date of birth: _____

*állampolgárság / nationality: _____

mobil / mobile: _____

póló méret / size of t-shirt: XS S M L XL XXL

*cím / adress: _____

*e-mail: _____

*hozzátartozó (neve+tel.) / close relatives (name+phone): _____

Előreláthatólag ott leszek a szombaton este a TÉSZTAPARTIN:
Probably I'll be there for the PASTA PARTY on Saturday evening:

igen yes nem tudom I don't know biztosan nem certainly not

A nevezési lap kitöltésével és aláírásával elfogadom a verseny szabályzatát és a versenybírók közreműködését. Elismerem, hogy saját felelősségre indulok és egészségi állapotom megfelel a versenyen való részvétel feltételének. A versenyorvost tájékoztatom betegségemről, ha szükségesnek itéli, vizsgálatának alávetem magam. Elfogadom, hogy a versenytől kizárásra kerül, aki rajtszám nélkül versenyez, vagy azt nem látható helyre rögzíti, illetve eltakarja. A pálya elhagyása, rövidítése szintén kizárást von maga után. Kárértési igényem nem élek sérülés esetén. A www.keszthelykilometerek.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 illness, 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.keszthelykilometerek.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.

1. ALÁÍRÁS / SIGNATURE

2. ALÁÍRÁS / SIGNATURE

3. ALÁÍRÁS / SIGNATURE

4. ALÁÍRÁS / SIGNATURE

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"/> szívkoszorúér betegség (korábbi szívinfarktus), angina /
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.)
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

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!

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

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.
 Tegydél 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 /
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.)
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

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.
Tegydél 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 /
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.)
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