Приложение № 1
к Положению о проведении
Камчатской традиционной гонки
на собачьих упряжках «Берингия-2024»

КАМЧАТСКАЯ ТРАДИЦИОННАЯ
ГОНКА НА СОБАЧЬИХ УПРЯЖКАХ
«БЕРИНГИЯ – 2024». Номинация № 1

Место проведения:	Россия, Камчатский край.
Маршрут гонки:	Старт с. Эссо, Финиш п. Оссора.
Протяженность трассы:	1005 км. 17 этапов.
Количество собак в упряжке:	От 8 до 10 собак.
Время проведения:	2 марта – 20-25 марта 2024 года.

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ГОНКЕ (каюр) (помощник каюра)

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Дата и место рождения _____
Адрес регистрации _____
Адрес места жительства _____
Телефон _____
Данные паспорта: _____
_____
Кем и когда выдан паспорт: _____
_____
Место работы _____
_____
Должность _____
Страховой медицинский полис:
серия _____ **№** _____
Медосмотр пройден: _____
наличие инвалидности _____
(группа), хронических _____
заболеваний _____
Личные спонсоры (название фирмы, организации, ее адрес и тел/факс):
_____
_____

Участие в гонках _____
_____
_____

Количество заявляемых собак в упряжке _____

Номер, дата и место выдачи удостоверения тракториста-машиниста категории «Al» (для помощников каюров) _____
_____

С Положением и правилами Гонки «Берингия – 2024» ознакомлен(а)_____/подпись

Нарта изготовлена в соответствии с традициями _____ (указать) народов Севера в ездовом собаководстве.

Фотографию либо эскиз нарты прилагаю (подчеркнуть)
_____подпись

Я осознаю все риски, связанные с возможными травмами и увечьями при участии в Гонке. В случае травм и несчастных случаев претензии к Организатору иметь не буду_____/подпись

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. **копия паспорта (стр. 2-3, страница регистрации);**
2. **копия страхового медицинского полиса;**
3. **копия ИНН;**
4. **копия СНИЛС;**
5. **реквизиты банковского счета;**
6. **заключение о прохождении медицинской комиссии с допуском к участию в Гонке; сведения о наличии инвалидности и хронических заболеваний (для каюров из других регионов РФ - заключение о прохождении медицинской комиссии по месту жительства: терапевт, травматолог-ортопед, офтальмолог, кардиолог, гинеколог (для женщин), заключение о допуске к участию в Гонке, сведения о наличии инвалидности и хронических заболеваний);**
7. **согласие на обработку персональных данных**

Личная подпись: _____/_____
Дата: « _____ » _____ **202 года**