FEDERACE MOTOCYKLOVÉHO SPORTU AČR - SVAZ MOTOKROSU AČR

Z P R Á V A O Ú R A Z U

Číslo podniku FMS AČR: …..... **Datum:**……..…….. **Čas nehody:** …….....

Název podniku: .....

Třída:.....…….. **Startovní číslo:** ……..... **Počasí:** …….....

Pořadatel:

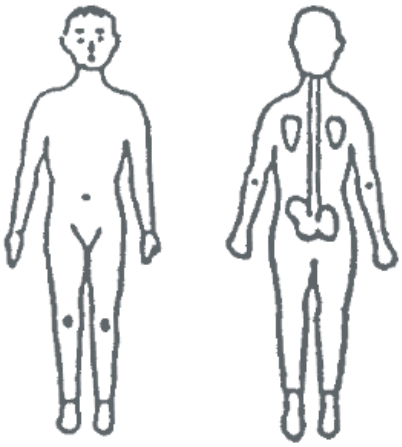
Jméno účastníka nehody: …….…….. **Národnost:** ……**Věk:**…….....

Manager/přítel:.....…… **Telefon:**.....

Kontaktní adresa.....…….

Nehoda na stanovišti číslo: ..... **dle plánku tratě, který je přílohou této zprávy.**

Místo zranění – vyznač na obrázku:



Příčina: A – jednoduchá B - více faktorů

1. Vysoká rychlost	**5. Bláto nebo písek**	**9. Porucha brzd**	**13. Srážka s jiným jezdcem**
2. Olej	**6. Vyjetí z trati**	**10. Porucha mechanická**	**14. Ostatní**
3. Kluzko	**7. Porucha motoru**	**11. Problém při objíždění překážky**	
4. Déšť	**8. Porucha řízení**	**12. Kolize s jiným jezdcem**	

Poznámka:označ kroužkem pravděpodobnou příčinu nehody

DIAGNÓZA A LÉČBA

Nutný transport: ANO/NE Sanitka/vrtulník/ostatní: …….....

Ošetřující lékař: 1. .....……..... 2. …….....

Čas převozu: ..... do parkoviště závodních strojů: ..... do nemocnice:.....……..

sídlo nemocnice: …….....

Diagnóza:

Poznámky:

KLASIFIKACE ZRANĚNÍ DLE FIM/FMS AČR

F. Smrtelně A. Více než 3 dny v nemocnici B. 3 dny a méně v nemocnici

C. Zranění bez potřeby nemocničního ošetření D. Bez zranění

Schopen závodu : ANO/NE

Datum a čas: Podpis:

Jméno hlavního lékaře - čitelně: