



MOTOCYKLOVÝ SPORT AČR
KOMISE SILNIČNÍCH ZÁVODŮ MOTOCYKLŮ AČR

ZPRÁVA HLAVNÍHO LÉKAŘE ZÁVODU

Název podniku:	
Místo:	
Datum podniku:	Číslo podniku:
Hlavní lékař závodu:	
Zástupce hlavního lékaře závodu:	
Zdravotnická zařízení:	
Počet zdravotnického personálu:	sanitních vozů:

Pády, nehody, zdravotní ošetření

Třída	Startovní číslo	Jméno jezdce	Čas	Stanoviště	A - F

A - Více jak tři dny v nemocnici

D - Bez zranění

B - Tři dny nebo méně v nemocnici

F - Smrtelný

C - Zranění bez potřeby nemocničního ošetření

Datum:

Podpis a razítko hlavního lékaře závodu: