

**КАЗАХСТАНСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БОКСА**

АНКЕТА УЧАСТНИКА

Фамилия Имя Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Город\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

день, месяц, год

Менеджер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Секундант\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лицензия КФПБ № (или иная) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Страховое свидетельство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Секундант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховое свидетельство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (или иная)

Вес (кг) \_\_\_\_\_\_\_ Рост (см) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | ДА/НЕТ при необходимости пояснить |
| Дата последнего боя, результат |  |
| Беспокоит ли Вас что-либо в состоянии здоровья (головные боли или головокружение, расстройство зрения, др.), может ли что-либо помешать Вашему выступлению на ринге? |  |
| Какие заболевания или травмы Вы перенесли в период 120 дней до этого боя? |  |
| Перенесли ли Вы нокаут/нокдаун в период 120 дней до этого боя? Рекомендации врача по этому поводу. |  |
| Какие мед. препараты, витамины, средства сгонки веса Вы применяли в период 120 дней до этого боя? |  |
| Ваш вес за 7 дней до этого боя |  |
| Дата последнего KT/MRТ головного мозга |  |
| Известно ли Вам о том, что во время боя разрешены только чистая вода, раствор адреналина 1/1000 и белый вазелин? |  |
| Знаете ли Вы правила антидопингового контроля и готовы ли пройти тест? |  |
| Имеете ли Вы письменные (не расторгнутый контракт) или устные обязательства, препятствующие Вашему участию в бое? |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результаты освидетельствования перед боем: АД\_\_\_\_\_\_\_ ЧСС\_\_\_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_\_\_\_

Органы зрения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Повреждения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Носоглотка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рефлексы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Повреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рефлексы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Органы слуха \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зафиксированный вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Супервайзер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Супервайзер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации врача после боя: