

अॅड.विक्रम रोटे
अध्यक्ष

प्रा.संजय साठे
सचिव

भिकन अंबे
खजिनदार

दिनांक : ०१ जून २०२५

प्रति,
मा. अध्यक्ष/मा.सचिव,
सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्रला
संलग्न सर्व जिल्हा संघटना/सर्व नोंदणीकृत सायकलपटू

सन्नेह नमस्कार,

विषय : सन २०२५-२६ साठी नांव नोंदणी (RIN)

सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्राच्या उपक्रमात सहभागी होण्यासाठी स्पर्धकाने किंवा सहभागी होणाऱ्या प्रत्येकाने कॅम कडे नांव नोंदणी करून घेणे आवश्यक आहे. ज्यांनी सन २०२४-२५ सालसाठी नांव नोंदणी केले आहे त्याचे नुतनीकरण करून घेणे आवश्यक आहे.

आगामी सन २०२५-२६ सालसाठी नांव नोंदणी सुरु झाली आहे. कॅमच्या उपक्रमात सहभागी होण्यासाठी नांव नोंदणी आवश्यक आहे.

- १ टप्पा : १ परिपत्रक पूर्ण व काळजीपूर्वक वाचवे.
- २ टप्पा : २ सोबत दिलेले फॉर्म ए, बी, सी, व डी डाऊनलोड करावेत. व प्रिंट काढून पूर्ण भरावेत.
- ३ टप्पा : ३ दिलेली लिंक पूर्ण भरावी व सबमिट करावी. (लिंक मध्ये कोणतीही माहिती चुकिची किंवा अर्धवट आढळल्यास रीन (RIN) क्रमांक देण्यात येणार नाही व अशा प्रत्येक चुकिचा दुरुस्तीसाठी रु. १००/- आकारण्यात येतील.)

- ४ टप्पा : ४ लिंक सबमिट केल्यानंतर पुढील २४ तासांत तुम्ही फॉर्म ए, बी, सी, व डी पुढील पत्त्यावर कुरिअर किंवा स्पीड पोस्टाने पाठवावे. (पत्ता : प्रा. संजय साठे, स्वामी, बंगला नं. ६, शौर्य क्लासेस शेजारी, पाण्याच्या टाकी पाठीमागे, समर्थ नगर, (गणेश नगर) नगर-कल्याण रोड, अहिल्यानगर-४१४००१)

५. टप्पा : ५ फॉर्म ए, बी, सी, व डी कुरिअर किंवा स्पीड पोस्टाने पाठविल्यानंतर त्याची पावती मो. नं. 8822288814 / 7972189670 या दोन्ही व्हॉट्स अप पाठवावी.

६. टप्पा : ६ पावती व्हॉट्स अप केल्यानंतर पुढील २४ तासांत तुम्हाला सन २०२५-२६ सालासाठी रीन (RIN) क्र. तुम्ही दिलेल्या मोबाईल क्रमांकावर येईल.

धन्यवाद !

कळावे



प्रा.संजय साठे
सचिव



CYCLING for Health...Strength.... & Pollution free INDIA.

पत्रव्यवहाराचा पत्ता :

प्रा. संजय साठे, स्वामी, बंगला नं. ६, शौर्य क्लासेस शेजारी, पाण्याच्या टाकी पाठीमागे, समर्थ नगर, (गणेश नगर) नगर-कल्याण रोड, अहिल्यानगर-४१४००१

संपर्क : 7972189670, 7385081270

ई-मेल : cyclingassociationmaharashtra@gmail.com

वेबसाईट : cyclingassociationmaharashtra.com





सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्र

संलग्न : सायकलिंग फेडरेशन ऑफ इंडिया, नवी दिल्ली, आणि महाराष्ट्र ऑलम्पिक असोसिएशन

नोंदणी : सोसायटीज रजिस्ट्रेशन अक्ट १९६० आणि बॉम्बे पी.टी.ए. १९५० नं. ६९४/१६ आणि एफ/२४६८९



अॅड.विक्रम रोटे
अध्यक्ष

प्रा.संजय साठे
सचिव

भिकन अंबे
खजिनदार

Application for Registration for the Year 2025-26

(From 1st April 2025 to 31st March 2026)

Form 'A'

1. Full Name of Applicant _____
(IN BLOCK LETTERS)
2. Complete Address _____
of correspondence _____ Pin Code _____
Phone Nos. R. _____ O _____ / _____
Mob _____ Email : _____
3. Date of Birth _____ Blood Group _____
4. Occupation _____
5. Allergic Medicines _____
Or Drugs if any _____

6. In consideration of the acceptance of my/my son's/my daughter's/my student's application for Registration with Cycling Association of Maharashtra (CAM) for the year 2025-26 (From 1st April 2025 to 31st March 2026) as an cyclist / official / pilot, I hereby waive, release and discharge any and all claims for damages, for death, personal injury or property damage which I/my son/daughter/student may have or which may hereafter accrue to me/my son/daughter/student, as a result of my/my son's/my daughter's/my student's participation in the all Cycle Races or events organized by Cycling Association of Maharashtra (CAM) or organized by any District Cycling Association or Clubs or Person or any other organization with the prior permission of Cycling Association of Maharashtra (CAM). This release is intended to discharge in advance the Organizer, the Promoters, the Sponsors, the Cycling Association of Maharashtra (CAM), the Promoting Clubs, the Officials and any involved Municipalities, State/Central Government or any other public entities [and their respective agents and employees], from and against any and all liabilities arising out of negligence or carelessness on the part of the persons or entities mentioned above.

I further understand that serious accidents occasionally occur during Bicycle or MTB Cycle racing and that participant in Bicycle or MTB Cycle Racing occasionally sustain mortal or serious personal injuries and/or property damages as a consequence thereof. Knowing the risk of Bicycle or MTB Cycle racing nevertheless, I hereby agree, to assure these risks and to release and hold harmless all the persons or entities mentioned above who [though negligence or carelessness] might otherwise be liable to me [or my/my son's/my daughter's/my student's heirs or assigns] or damages. It is further understood and agreed that waiver, release and assumption of risks is to be binding on my/my son's/my daughter's/my student's heirs and assigns.

Name of the Applicant: _____ Signature _____

Name of the Applicant's Mother _____ Signature _____

Name of the Applicant's Father _____ Signature _____



सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्र

संलग्न : सायकलिंग फेडरेशन ऑफ इंडिया, नवी दिल्ली, आणि महाराष्ट्र ऑलम्पिक असोसिएशन

नोंदणी : सोसायटीज रजिस्ट्रेशन अक्ट १९६० आणि बॉम्बे पी.टी.ए. १९५० नं. ६९४/१६ आणि एफ/२४६८९



अॅड.विक्रम रोटे
अध्यक्ष

प्रा.संजय साठे
सचिव

भिकन अंबे
खजिनदार

Application for Registration for the Year 2025-26

(From 1st April 2025 to 31st March 2026)

... 2 ...

Parent's Permission to participate in the Bicycle Race/MTB Cycle Race/Events/Any other activity organized by/on behalf of Cycling Association of Maharashtra (CAM).

We _____ Father and _____
Mother of _____ residing at _____

_____ Pin code _____, Mob No. _____ /

_____ years hereby willfully give permission to my son / daughter

_____ Age _____ years _____

Date of Birth _____

I/We have gone through all the rules and regulations of the Cycling Association of Maharashtra (CAM) and accepts that they are binding on me. I/We also accept that, all the changes in the Rules and Regulations made by Cycling Association of Maharashtra (CAM) or Cycling Federation of India (CFI) are also binding on me. I/We also accept any postponement/change in dates of the Bicycle Race/MTB Cycle Race/Events organized or Sanctioned by Cycling Association of Maharashtra (CAM).

Name of the Applicant: _____ Signature _____

Name of the Applicant's Mother _____ Signature _____

Name of the Applicant's Father _____ Signature _____



सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्र

संलग्न : सायकलिंग फेडरेशन ऑफ इंडिया, नवी दिल्ली, आणि महाराष्ट्र ऑलम्पिक असोसिएशन

नोंदणी : सोसायटीज रजिस्ट्रेशन अक्ट १९६० आणि बॉम्बे पी.टी.ए. १९५० नं. ६९४/१६ आणि एफ/२४६८९



अॅड.विक्रम रोटे
अध्यक्ष

प्रा.संजय साठे
सचिव

भिकन अंबे
खजिनदार

Form 'B'

RIN साठी नांव नोंदणी सन २०२५-२६ /Registration for RIN of 2025-26

Date ____/____/____

आई व वडिलांच्या सहीचे प्रतिज्ञापत्र /Self affidavit of Mother and Father.

मेन अंडर २३, मेन ज्युनीअर, वुमेन ज्युनीअर, सर्व ज्युनिअर बॉईज आणि गर्ल्स,
युथ मेन व / युथ वुमन गटातील सायकलपटूसाठी बंधनकारक
(मेन इलीट आणि वुमन इलीट गटासाठी आवश्यक नाही)

आईचे नांव _____ मो.नं. _____

वडिलांचे नाव _____ मो.नं. _____

ई-मेल _____ आम्ही शपथेवर सांगतो की,

आमचा मुलगा/मुलगी _____

ह्याची/हिची जन्मतारीख ____/____/____ अशी आहे.

मी / आम्ही वर दिलेली माहिती पूर्णपणे सत्य असून त्यामध्ये काहीही दोष. खोटेपण आढळल्यास त्यास सर्वस्वी मी/आम्ही जबाबदार असू.

Rider's Name : _____ Rider's Signature _____

सायकलपटूचे नांव

सायकलपटूची सही

Mother's Name _____

Mother's Signature _____

आईचे नांव

आईची सही

Father's Name _____

Father's Signature _____

वडिलांचे नांव

वडिलांची सही

जन्मतारखेच्या निश्चितीसाठी सोबत - (१) ग्रामपंचायत किंवा नगरपरिषद किंवा नगरपंचायत / नगरपालिका किंवा महानगरपालिका यांच्याकडील जन्मतारखेच्या नोंदीच्या दाखल्याची स्वयंसाक्षात्कृत रंगीत झेरोक्स प्रत जोडावी (ही त जन्म तासालापासून लगतच्या पाच वर्षांमधीलच असावी. उदा. जन्मसाल २००७ असेल तर सन २००७, २००८, २००९, २०१० किंवा २०११ या वर्षांतील असावी) आणि पासपोर्टची स्वयंसाक्षात्कृत रंगीत झेरोक्स प्रत जोडावी आणि (२) आई व वडिलांच्या सहीचे जन्मतारखेबाबत प्रतिज्ञापत्र (Birth Declaration Affidavit) जोडावे.

To confirm the date of birth, (1) attach a self attested color Xerox copy of the birth certificate from Gram Panchayat or Nagar Parishad or Nagar Panchayat / Nagarpalika or Municipal Corporation (This copy should be within five consecutive years from the year of birth. For example, if the year of birth is 2007, then it should be in the year 2007, 2008, 2009, 2010 or 2011) or a self attested color Xerox copy of the passport should be attached. (2) The Birth Declaration Affidavit signed by the mother and father should be attached.

[महाराष्ट्र शासनाच्या क्रीडा व युवक सेवा संचालनालयाचे मा. आयुक्त, यांचे परिपत्रक क्र. क्रीयुसे/एखेसं/स्पर्धा/वय२०२२-२३/का.४/दिनांक २७/०४/२०२२ मधील मजकुरानुसार वयोगटात सहभागी होणाऱ्या सर्व सायकलपटूंनी वरील दिलेल्या कागदपत्रांच्या स्वयंसाक्षीत (Self attested) रंगीत झेरोक्स प्रती सोबत आणाव्यात.]



सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्र

संलग्न : सायकलिंग फेडरेशन ऑफ इंडिया, नवी दिल्ली, आणि महाराष्ट्र ऑलम्पिक असोसिएशन

नोंदणी : सोसायटीज रजिस्ट्रेशन अक्ट १९६० आणि बॉम्बे पी.टी.ए. १९५० नं. ६९४/१६ आणि एफ/२४६८९



डॉ. विक्रम रोटे
अध्यक्ष

प्रा. संजय साठे
सचिव

भिकन अंबे
खजिनदार

Form 'C'

Medical Fitness Certificate (MFC)

Date: ____ / ____ / ____

Rider's Name : _____

Address : _____

DOB: ____ / ____ / ____

Mobile No. _____ E mail _____

1. Temperature: _____

2. Heart Rate: _____

3 RR (Respiratory rate) : _____

4. B.P. _____ mm of Hg

5 SPO2 % : _____

6. Height: _____ cm. (7) Weight: _____ kg.

7. Skin Infection (If any): _____

8. Physical disability (If any): _____

9. Psychological disability (If any): _____

Above participant has been examine by me and gone through above medical test and found physically and psychologically (mentally) fit to participate in Cycling Event / Competition / Races (Road or Track or MTB or BMX Cycles).

Dr. Name. _____ Dr. Sign. _____

Registration No. : _____

Hospital Address: _____

Stamp

Rider's Name : _____

सायकलपटूचे नांव

Father/Mother's Name _____

आई/वडिलांचे नांव

Rider's Signature _____

सायकलपटूची सही

Father/Mother's Signature _____

आई/वडिलांची सही



सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्र

संलग्न : सायकलिंग फेडरेशन ऑफ इंडिया, नवी दिल्ली, आणि महाराष्ट्र ऑलम्पिक असोसिएशन

नोंदणी : सोसायटीज रजिस्ट्रेशन अॅक्ट १९६० आणि बॉम्बे पी.टी.ए. १९५० नं. ६९४/१६ आणि एफ/२४६८९



अॅड.विक्रम रोटे
अध्यक्ष

प्रा.संजय साठे
सचिव

भिकन अंबे
खजिनदार

Form 'D'

Date: ____/____/____

स्वतःच्या वैद्यकीय माहितीचे प्रतिज्ञापत्र /Self Affidavit of Medical Information (SAMI)

Rider's Name : _____

स्पर्धकाचे नांव

Address : _____

पत्ता

DOB: ____/____/____

जन्मतारीख

Mobile No. _____ E mail _____

मोबाईल नं.

ई-मेल

1 Any Type of Allergy (Food, Drugs Etc.) _____

मला/माझ्या मुलगा/माझी मुलगी याला / हिला फिट (Seizures of fefare), अस्थमा (दमा), कोणत्याही प्रकारच्या हृदय विकाराचा आजार किंवा गंभीर स्वरूपाची शारीरिक वा मानसिक दुखापत/व्यंगता नाही. भविष्यात सायकलिंग स्पर्धांमध्ये सहभागी होण्यासाठी मला/त्याला/तिला कोणत्याही स्वरूपाचा गंभीर मानसिक, शारीरिक आजार निर्माण झाल्यास त्यांची संपूर्ण माहिती/कल्पना सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्रला देण्याची जबाबदारी माझ्यावर/आमच्यावर बंधनकारक राहील व अशा परिस्थितीमध्ये सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्र घेईल तो निर्णय मला/आम्हाला मान्य असेल.

आम्ही वर दिलेली माहिती खरी आणि सत्य आहे. ही माहिती खोटी किंवा असत्य आढळल्यास त्यास सर्वस्वी आम्ही जबाबदार असू.

My son/daughter does not have any history of seizures (Fit or fefare), asthma or heart disease or any serious physical or Mental illness/injuries. I/he/she is completely fit to participate in cycling competitions. I/We promise that in future if myself/my son/daughter has come across any serious illness, physical or Psychological illness. I/we will solely responsible to inform above all illnesses to Cycling Association of Maharashtra (CAM) and in such circumstances I/we will accept the decision taken by the Cycling Association of Maharashtra.

The information we have provided above is true and correct. We shall be solely responsible if this information is found to be false or untrue.

Rider's Name : _____

सायकलपटूचे नांव

Mother's Name _____

आईचे नांव

Father's Name _____

वडिलांचे नांव

Rider's Signature _____

सायकलपटूची सही

Mother's Signature _____

आईची सही

Father's Signature _____

वडिलांची सही