

**Form 'D'**

दिनांक/Date:     /     / 2023

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

Rider's Name: .....  
स्पर्धकाचे नांव

Address: .....  
पत्ता

DOB: ..... / ..... / .....  
जन्मतारीख

Mobile No. .... E mail .....  
मोबाईल क्र. ईमेल

1. Any Type Of allergy (Food, Drugs etc.): .....  
.....  
.....  
.....

मला/माझा मुलगा/माझी मुलगी याला/हिला फीट (seizures or fefare), अस्थमा (दमा), कोणत्याही प्रकारचा हृदय विकाराचा आजार किंवा गंभीर स्वरूपाची शारीरिक वा मानसिक दुखापत/व्यंगता नाही. भविष्यात सायकलिंग स्पर्धामध्ये सहभागी होण्यासाठी मला/त्याला/तिला कोणत्याही स्वरूपाचा गंभीर मानसीक, शारीरिक आजार निर्माण झाल्यास त्याची 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: .....  
वडीलांचे नांव

Rider's Signature .....  
सायकलपटूची सही

Mother's Signature .....  
आईची सही

Father's Signature .....  
वडीलांची सही