

**फक्त युथ, सब ज्युनियर व ज्युनियर गटातील मुले आणि मुलींसाठी**

**For boys and girls in Youth, Sub Junior and Junior groups only**  
(सिनीअर च्या खेळाडूंनी स्वता सही करुन जोडावे)

**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. ....

मोबाईल क्र.

E mail .....

ईमेल

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

3. आम्ही खालील सहा करणार आमच्या मुलास / मुलीस स्वखुशीने दिनांक १३ ते १५ ऑक्टोबर २०२३ दरम्यान श्री शिवछत्रपती क्रीडा संकुल, महाळुंगे, बालेवाडी, पुणे येथे होत असलेल्या दुस-या राज्य ट्रॅक सायकलिंग अजिंक्यपद स्पर्धेत सहभागी होण्यास परवानगी देत आहोत.

3. We the undersigned have voluntarily permitted our son/daughter to participate in the 2nd State Track Cycling Championship to be held from 13th to 15th October 2023 at Sri Shivchhatrapati Sports Complex, Mahalunge, Balewadi, Pune.

४. मला/माझा मुलगा/माझी मुलगी याला/हिला फीट (seizures or fefare), अस्थमा (दमा), कोणत्याही प्रकारचा हृदय विकाराचा आजार किंवा गंभीर स्वरुपाची शाररीक वा मानसिक दुखापत/व्यंगता नाही. भविष्यात सायकलिंग स्पर्धांमध्ये सहभागी होण्यासाठी मला/त्याला/तिला कोणत्याही स्वरुपाचा गंभीर मानसीक, शाररीक आजार निर्माण झाल्यास त्याची संपूर्ण माहिती/कल्पना सायकलिंग असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्रला देण्याची जबाबदारी माझ्यावर/आमच्यावर बंधनकारक राहिल व अशा परिस्थितीमध्ये सायकलिंग असोसिएसन 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.

4. 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 soly 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: .....

सायकलपट्टूचे नांव

Mother's Name: .....

आईचे नांव

Father's Name: .....

वडीलांचे नांव

Rider's Signature .....

सायकलपट्टूची सही

Mother's Signature .....

आईची सही

Father's Signature .....

वडीलांची सही