**Rapporteringsblankett**

**Tävlingsrapportering är obligatorisk** för samtliga sanktionerade tävlingar vars regelverk anses vara tillståndspliktigt enligt lagen (2006:1006). Rapporten utgör grunden för ett gemensamt uppföljningssystem och den slutrapportering som förbundet måste delge Kampsportsdelegationen hos Länsstyrelsen i Örebro län varje år.

**Rapporten ska vara kansliet tillhanda senast en vecka efter att tävlingen har ägt rum.**

Tävlingens namn**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vilken idrott**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum för tävlingen**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arrangerande klubb/ar**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kontaktperson**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tfn dagtid**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chefsdomare**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tfn dagtid**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Läkare**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tfn dagtid**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antal deltagande föreningar**:** \_\_\_\_\_ Antal tävlande**:** \_\_\_\_\_\_ Antal matcher**:** \_\_\_\_\_\_\_ Antal tävlingsytor**:**\_\_\_\_\_\_ Tävlingsstart kl**:** \_\_\_\_\_\_\_\_ Avslutades kl**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antal deltagare avstängda av tävlingsläkaren p.g.a. huvudskada:\_\_\_\_\_

Vid avstängning ska deltagarens tävlingskort omedelbart skickas till förbundskansliet

**Rapporten skickas tillsammans med bifogad läkarrapport**

Frågor: Kontakta förbundskansliet 08-714 88 70 eller info@budokampsport.se

**Skickas till: Svenska Budo & Kampsportsförbundet**

 **Ölandsgatan 42, 116 63 Stockholm**

 info@budokampsport.se

**LÄKARRAPPORT** 1/3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Namn / personnummer / klubb** | **Diagnos** | **Åtgärd** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Vid avstängning**Namn och personnummer | **Vid avstängning**Den tävlandes adress & tfn | **Vid avstängning**Avstänginen gäller t.o.m. följande datum |

**Tävlingsläkarens signatur:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LÄKARRAPPORT** 2/3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Namn / personnummer / klubb** | **Diagnos** | **Åtgärd** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Vid avstängning**Namn och personnummer | **Vid avstängning**Den tävlandes adress & tfn | **Vid avstängning**Avstänginen gäller t.o.m. följande datum |

**Tävlingsläkarens signatur:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LÄKARRAPPORT** 3/3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Namn / personnummer / klubb** | **Diagnos** | **Åtgärd** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Vid avstängning**Namn och personnummer | **Vid avstängning**Den tävlandes adress & tfn | **Vid avstängning**Avstänginen gäller t.o.m. följande datum |

**Tävlingsläkarens signatur:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_