

SRI LANKA AUTOMOBILE SPORTS

33, Torrington Place, Colombo 07.

Tel: 011 2670051/ 077 8915848, Fax 011 26700 email: infoslas2017@gmail.com

Paste PP Size Photo	

Doctor's Stamp fixed across the Photo of the Applicant

V														
Year														

APPLICATION FOR COMPETITION LICENSE.

Please Tick the Appropriate box	
New Application: Renewal	
License Category: A B C R	E Junior
Full Name:	
Name with Initials:	
Date of Birth:	
Postal Address	
Telephone: OfficeHome	
Email:	
NIC:	Passport:
D/No: Current SLAS Competition License Number:	
Membership details of the Applicant of any Motor Sports Clubs / Associations	
Club	Membership No

Applicant's Medical Declaration: (For those who are 45 yrs and below as at 1st January) Medical Tests and Examinations are valid, only if taken within three months from the date of Application. [For those who are above 45 years of age (As at 1st January) should fill the Sports Ministry recommended Medical Form). Family Doctor's Name: Doctor's Tel No..... Date of last Medical Checkup:/...../........../ Results of H.B.A.I.C Test Major Illness, if Diagnosed: Doctor's recommendation if the applicant is medically fit for Motor racing:..... Doctor's Signature and Stamp: Special Note to Doctor: Doctor should verify the ID number of the applicant. Doctor's Stamp also should be placed across the Applicant's Photograph. Above column to be filled by the Doctor Category qualification List all event categories taken part past in over last 5 years Number of Years (Min 01 participation during year) Event: Most Recent Performance (up to 2 years) Race and Event (e.g Foxhill Super cross – SL N Ford Laser /Mazda 1300cc) Placing Your knowledge of Rules and Regulations governing Motor Sports is: Good:.............. Nil:..... Fair:....

Describe Briefly......

Have you had formal training at any professional Motor Racing / Rally School?

Yes / No.

Please note:

Submit Two colored photos (pp size) along with the Application

Application Fee: Rs.7500/- for Circuit / Gravel / Speed Rallies/Hill Climb and Rs.5000 for TSD Palling

PS: In case the competitor is over the age of 45 years (As at 1st Jan), He/She Must submit a medical report as per the medical form recommended by the Ministry of Sports.

PLEASE NOTE A MINIMUM OF 7 WORKING DAYS IS REQUIRED TO PROCESS ALL LICENSE RENEWALS

	For C	Office use	
	Application Received on		
	Photos	Attached / Not Attached	
	Medical Certificate	Attached / Not Attached	
	Receipt No.		
	Cash / Cheque		
ant	t's Declaration: Compliance to World Anti-Doping pr	ohibited List	

Applicant's Declaration: Compliance to World Anti-Doping prohi	bited List
Prohibited list, (Effective from 1st January 2022). I have no objection authorities to find out that I am in compliance. If the medication of in the World Anti-Doping Agency's (WADA) Prohibited List, I, under	have read the contents in the World Anti-doping code International Standar on whatsoever, for any medical spot checks on me, by the relevant or method I am required to take/use to treat an illness or condition is included extake the responsibility of declaring the medication and get a Therapeutic rts Medicine which makes it possible for me to take the treatment while
Applicant's Signature	Date:
Applicant's Declaration: General	
	hereby declare that the information provided above is true and correct to
background to commence correct medication or first Aid. Therefo information with the team Manager or any other representative a	ical situation at a race event, the Doctors' will require my medical are, I take the responsibility, to avail all relevant medical history and medical at all race meets I compete, for a quick reference to those who need it. The eatment, if my medical history and records are not available at the race
Signature of the Applicant	Date:

Ministry of Sports Recommended Medical Declaration

(For those who are above 45 years and 1st Time Applicants)

(Medical Test and examinations will be valid only if taken 3 months prior to the Application)

කීඩා වෛදා අායතනය

INSTITUTE OF SPORTS MEDICINE

පූර්ව කීඩා වෛදා සහතික පෝරමය / Sports Medical Pre-Partitipation Evaluation Form කීඩකයා පිළිබඳ විස්තරය / Athlete's Medical Information - කීඩකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතු වේ. / Athlete to Complete

1	5	0	1
	1	6	
	11.	2	1
			1

1. නම)/Name				
2. උප	න් දිනය/Date of Birth: වයස/Age :ජා.ජා.හැ./ගමන් බලපත් අංකය/NIC/Passport No				
3. ලිපි	නය දුරකතන අංකය/Address and Telephone Number:				
4. ජාද්	තික සංචිතය/කීඩා සමාජය/පාසල/ආයතනය/National Pool/Sport Club/School or Institute				
5. කීඩ	වාව/කීඩා/Sport or Sports :				
6. ඉස	වේව/කණිඩායමේ ස්ථානය/Event or Position in the team:				
7. භා	රකරු/ මව/ පියාගේ නම/Guardian/Parent's Name				
8. පවු	ලේ වෛදා වරයාගේ නම/විස්තර/Family Doctor's Name / Details				
9. පුහු	අණුකරුගේ නම/Coach's Name: (සිටී නම් පමණි. / Only if avallable) දු. අංකය/Tal	No :			
යෝග නොඡ	ත් පූර්ව කීඩා යෝගහතා පරීක්ෂණය සිදු කිරීම සදහා කීඩා වෛදහ ආයතනයේ වෛදහවරයා වෙත කැමැත්ත ශතාවය (PPE) මාගේ කරුණු මාගේ භාරකරු/දෙමාපියන් සහ අවශහවන නිලධාරීන් වෙත ලබා දීමට මාෙ මැත. මෙම සියල්ල රහස් වාර්තාවක් බව දනිමි, මාගේ කැමැත්ත මත අවශහ වූ විටෙක වෙනත් පාර්ශව එකඟ වෙමි.	ගේ ව්රු	ද්ධත්වය	ක්	
trainir paren	e to undertake pre-participation examination in order to enable medical staff to find whether there are any conting or participation. I am aware that some information may need special clarification and I do not object in releasi ts/guardians the officers in the Club/National federation who are interest. I understand that the information conwise confidential and can only be released with my consent.	ing that i	informati	on to my	
කීඩක	 pයාගේ අත්සන/Athlete's Signature දෙමාපිය/භාරකරුගේ අත්සන (වයස 16ට අඩු නම්) /Parent's/Guardian's Sig (for c16 yrs)	දිනය/Date			
කීඩක	ායා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතු කීඩකයාගේ සෞඛා පිළිබඳ විස්තර/Athlete's Medical Information to be completed by th	he Athlet	e		
		ඔව් Yes	නැත No	නොදනී Unsure	
1	වහායාම කරන විට ඔබට ක්ලාන්තය, පපුවේ කැක්කුම හෝ ගැස්ම හෝ වෙනත් යම් අපහසුතාවයක් දැනුනේද? දැනේද? Have you ever felt faintish, chest pain, palpitation or any other significant discomfort during or after exercise? ඔව් නම් එහි විස්තරය/If the answer is "YES" the details				
2	ඔබගේ හෘද වස්තුවේ හෝ පෙනහළුවල යම් අසාමානයතාවයක් ඇති බව වෛදයවරු ඔබට කිසි දිනක පවසා ඇත්ද? Have you ever informed by a doctor that your heart or lungs (chest) has any abnormality?				
3	මබට කිසිදු හෘදය සම්බන්ධ රෝගයක් පවතින බව වෛදාූූූවරු හෝ ඔබගේ භාරකරුවන් පවසා තිබේද? Have you ever informed by a doctor or parents, guardians that your heart has any abnormality?				

4	ඔබට කිසිදු අධික රුධිර පීඩනය හෝ මේදය වැඩි වීමේ රෝග තත්ත්වයක් ඇති වී තිබේද?		
	Do you have a history of high blood pressure or high lipids in your blood (Dyslipidemia/Cholesterol)		
5	ඔබ කිසියම් දිනෙක මේ ආකාරයේ වෛදය පරීක්ෂණයකින් මීට පෙර අසමත් වී තිබේද?		
	Have you ever failed or Has a doctor ever denied or restricted your participation in sport after a such a medical		
	examination?		
6	ඔබට ඇදුම/ හතිය රෝගය වැළදී තිබේද?		
	Have you ever had Asthma or Exercise induced Asthma?	\vdash	
7	දැනට වහායාම කිරීමේ දී ඇදුම/හතිය හෝ පපුවේ මහන්සිය/ කැස්ස හෝ පපුවේ වේදනාවක් ඇති වේද?		
0	Do you have Asthma, chest tightness, wheezing or coughing spells during or after exercise?		
8	අනතුරකට ලක්ව සිහිනැති වීම හෝ හිසට හානි සිදු වීම සිදුව තිබේද?		
9	Do you have a history of an accident which resulted in a head injury, loss of consciousness or concussion? ඔබට අපස්මාරය වලිප්පුව වැළදී ඇත්ද?		
	Have you ever had a fit, convulsion or an epilepsy?		
10	ඔබට සමේ රෝග කිසිවක් තිබේද? Do you have any skin problems?		
10	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
11	ඔබට නිදන්ගත රෝග කිසිවක් තිබේද? (උදා: වකුගඩු, අක්මාව, හෘදය, පිළිකා, ස්නායු, සම, පෙනහළු,		
	මානසික ආදී) Do you have any chronic medical conditions? (Illness staying in your body for long period-eg; kidney, liver,		
	heart, cancers, lung, mental, etc.)		
12	ඔබ නිතිපතා යම් ඖෂධයක් භාවිතා කරනු ලබයිද ? Do you take any medicine regularly? ඖෂධය නම්		
	කරන්න.Name of the Medicine.		
13	ඔබ කිසිදු ශලා කර්මයකට ලක්ව තිබේද? Have you ever undergone any surgery (Operation)? ශලා කර්මය නම්		
	කරන්න. Name of the surgery		
	වර්ෂය/Year		
14	ඔබ කිසිදු රෝගයකට රෝහල් ගත කර තිබේද? Have you ever been hospitalized for any illness? රෝගය නම්		
	කරන්න. Name the 'llness වර්ෂය/Year.		
15	ඔබ යම් විටමින් හෝ ශක්ති ජනක දුවා භාවිතා කරයිද? (Supplement) Do you take any supplements? නම්		
	කරන්න. Name of the Supplement		
16	ඔබ කණිණාඩි/ සිවිකාව/කාව භාවිතා කරයිද? Do you wear spectacles, lenses, contact lenses?		
17	ඔබ දුම් පානය කරන්නේද? Do you smoke?		
18	ඔබ මත්පැන් පානය කරන්නේද? Do you drink alcohol?		
19	ඔබට මහන්සි/ කම්මැලි ගතියක් දැනෙන්නේද? Do you feel tired, lethargic or unfit?		
20	ඔබ කීඩා කරන විට යම් සෞඛාවමය හෝ ආධාරකයක් භාවිතා කරයිද ? (උදා:knee guard/tape) Do you wear		
	protective equipment? නම් කරන්න. Name it (knee guard/tape/brace)		
21	එන්නත් කිරීම සාර්ථකව සිදු කර ඇත්ද? Are you properly immunized and up to date?		
22	ඔබට ආසාත්මිකතා කිසිවක් ඇතොත් නම් කරන්න. If you have any allergic problems please mention.		
23	ඔබට සිදු වී ඇති යම් හදිසි අනතුරු හෝ කීඩා අනතුරු ඇතොත් ඒ පිළිබද සටහනක් තබන්න. Have ever met		
	with an accident/s or sports injuries. Mention those below		
	අනතුර/Accident/Injury දිනය/Date		
24	ඔබගේ පවුලේ ලේ ඥාතීන් කිසිවකු හඳුනා නොගත් රෝගයකින් අවු.50කට පෙර මිය ගොස් තිබේද? Has anyone		
	in the family (Blood Relations) died suddenly and unexpectedly before the age of 50 years?	igsquare	
25	ඔබගේ ලේ ඥාතීන් කිසිවකුට කිසිදු හෘද රෝගයක් වැළදී ඇති බවට ඔබ දැනුවත්ව සිටීද? Have any of your blood		
	relatives ever had any form of cardiac illness (Heart condition or illness)		
26	ඔබගේ පවුලේ ලේ ඥාතිවරයෙකුට කිසියම් හෝ රෝගයක් වැළදී ඇත්ද? (උදා: වකුගඩු, අක්මාව, හෘදය,		
	පිළිකා, පෙනහළු, මානසික ආදී) Have any of your blood relations suffered or suffering from a serious or chronic illness?		
27	(Eg; kidney, liver, heart, cancers, lung, mental, etc.) ම විසින් ඉහත ඉල්ලුම් කල කීඩා තරග ඉසව්ව (Competition) සඳහා පුමාණවත් ලෙස පෙර සූදානම් වල යුක්තව	\vdash	
27			
<u> </u>	ඇත. I do hereby certify that I have adequately trained and prepared for the event/competition above I requested.		

Clinical Examination

General Examination		

Vision:	Distant		Distant with gl	asses	For V.D.U.	only	Color Blindness: Yes /					
	R20/ L/20		./20 R20/ L/20		☐ Correcte	ed Uncorrected	Field					
	Near		Near with glas	sses			□L	N/A	□R	N/A		
	R:	L:	R:	L:	R20/	L20/						
Cardio Va	ascular Sys	tem:-										
	• Pulse											
	• Bp											
	• Result	s of H.B.A.	l.C test									
	• Heart											
Respirato	ory System	:						•••				
Abdomei	n:											
Muscular	Skeletal S	ystem:										
Nervous	System	:										
E.C.G.		:										
Remarks												
<u>Doctor's</u>	Recomme	ndations										
Fit/Unfit	for the cor	mpetitions.										
Doctor's	Signature ,	/ Stamp						Dat	e			
(This forr	n should o	nly be filled	d bv MBBS or ed	juivalent au	alification o	or higher qualified wes	tern r	nedical	practition	ner)		

Page 6 | 6