

Kuesioner Balap Motor/Mobil

(dilengkapi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung : _____ No. SPAJ : _____

No.	Pertanyaan	Penjelasan												
	<p>a) Sudah berapa lama anda berpartisipasi dalam olah raga balap motor/mobil</p> <p>b) Sebutkan alasan anda berpartisipasi</p> <p>c) Apakah Anda disponsori? Jika "Ya" sebutkan sponsor tersebut.</p>	<input type="checkbox"/> Amatir <input type="checkbox"/> Professional <input type="checkbox"/> Rekreasi <input type="checkbox"/> Kompetisi												
	<p>a) Sebutkan jenis kendaraan, termasuk kelas / formula mobil atau sepeda motor yang digunakan</p> <p>b) Sebutkan kapasitas mesin (engine) yang digunakan</p>	<input type="checkbox"/> RAC <input type="checkbox"/> FIA <input type="checkbox"/> ACU												
	<p>a) Sebutkan jenis event yang anda ikuti</p> <p>b) Sebutkan nama kompetisi yang diikuti dan lokasinya</p>													
	c) Berapa total Perlombaan yang pernah diikuti sampai saat ini	<p>a) Hingga saat ini _____</p> <p>b) 12 (dua belas) bulan terakhir _____</p> <p>c) Yang dimenangkan dalam 12 bulan terakhir _____</p> <p>d) Yang akan diikuti dalam 12 bulan mendatang _____</p>												
4	Apakah Anda pernah atau berencana mengikuti kompetisi dinegara lain?													
5	<p>a) Sebutkan tipe lisensi perlombaan atau sertifikat yang Anda miliki,</p> <p>b) Apakah ijin berkendara anda pernah dicabut karena alasan tertentu, Jika "Ya", mohon jelaskan lebih rinci</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipe Lisensi/Sertifikat</th> <th>Tanggal diperolah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Tipe Lisensi/Sertifikat	Tanggal diperolah								
Tipe Lisensi/Sertifikat	Tanggal diperolah													
6	Apakah Anda ikut serta atau berniat untuk ikut serta dalam kompetisi, penentuan rekor, pameran atau melakukan tes prototype kendaraan? Jika "Ya", mohon jelaskan lebih rinci.													
7	Apakah anda pernah mengalami cedera dalam latihan atau perlombaan sehingga membutuhkan perawatan medis Jika "Ya", berikan penjelasan.	<p>a) Kapan dan dimana terjadi _____</p> <p>b) tindakan yang dilakukan _____</p> <p>c) nama dokter/Rumah Sakit yang merawat _____</p> <p>_____</p>												

Saya menyatakan bahwa jawaban/penjelasan yang Saya berikan dalam formulir ini, adalah lengkap dan benar serta tidak ada hal material yang disembunyikan.

Saya mengerti dan menyetujui bahwa formulir ini adalah bagian dari SPAJ yang saya ajukan dan apabila keterangan yang Saya berikan dalam formulir ini tidak benar maka dapat mengakibatkan batalnya Polis.

Tempat & Tanggal : _____

Nama lengkap dan tanda tangan Calon Tertanggung