



ΕΝΩΣΗ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΚΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΗΛΕΙΑΣ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ 2018-2019

ΣΩΜΑΤΕΙΟ: _____

ΑΡ. ΜΗΤ: _____

ΑΡ.ΠΡΩΤ. ΕΠΞΗ: _____ ΗΜ/ΝΙΑ: _____

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ονοματεπώνυμο

Σφραγίδα
σωματείου

ονοματεπώνυμο

Α.	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΗΜ/ΝΑ ΓΕΝ/ΣΗΣ	ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤΙΟΥ	Α.	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΗΜ/ΝΑ ΓΕΝ/ΣΗΣ	ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤΙΟΥ
1						16					
2						17					
3						18					
4						19					
5						20					
6						21					
7						22					
8						23					
9						24					
10						25					
11						26					
12						27					
13						28					
14						29					
15						30					

Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε τη σύννομη συμπλήρωση της παρακάτω Κατάστασης.

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ότι οι περιλαμβανόμενοι στην ως άνω ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ολογράφως) _____ (αριθμητικώς) _____ ποδοσφαιριστές του Σωματείου _____

είναι ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΥΓΙΕΙΣ και ΙΚΑΝΟΙ να ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ σε αγώνες της ομάδας τους στο προαναφερόμενο χρονικό διάστημα.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Η συμπλήρωση της Κατάστασης Υγείας Ποδοσφαιριστών

θα γίνεται σύμφωνα με το άρθρο 18 του Κ.Α.Π.

Η ιατρική θεώρηση πραγματοποιείται από Αθλίατρο, Ορθοπαιδικό, Παθολόγο, Πνευμονολόγο, Καρδιολόγο, Αγροτικό Ιατρό ή Γενικής Ιατρικής.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ : _____

Α.Μ.Κ.Α (ΙΑΤΡΟΥ) : _____

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή – Σφραγίδα)