

ΤΙΤΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ. _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΕΤΗΣΙΑ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ (ΠΑΜΠΑΙΔΩΝ 2018-2019)

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

(Όνοματεπώνυμο – Υπογραφή)

{ σφραγίδα }
{ Σωματείου }

Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή

Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε τη σύννομη συμπλήρωση της παρακάτω κατάστασης

Α/Α	Ε Π Ω Ν Υ Μ Ο	Ο Ν Ο Μ Α	ΟΝΟΜΑ Π Α Τ Ρ Ο Σ	ΟΝΟΜΑ Μ Η Τ Ρ Ο Σ	Η Μ. Γ Ε Ν.	Α.Δ.
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						

34.						
35.						
36.						
37.						
38.						
39.						
40.						
41.						
42.						
43.						
44.						
45.						
46.						
47.						
48.						
49.						
50.						

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ότι οι περιλαμβανόμενοι στην ως άνω ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ολογράφως) _____
(αριθμητικώς) _____ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΕΣ του ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____ ΕΙΝΑΙ
ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΥΓΙΕΙΣ και ΙΚΑΝΟΙ ΝΑ ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΓΩΝΕΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ τους, στο προαναφερόμενο
χρονικό διάστημα.

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή και σφραγίδα ιατρού)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Η συμπλήρωση της Κατάστασης Υγείας
Ποδοσφαιριστών θα γίνεται σύμφωνα
με το άρθρο 18 του ΚΑΠ
Η ιατρική θεώρηση πραγματοποιείται
από Αθλίατρο, Ορθοπεδικό, Παθολόγο,
Καρδιολόγο, Αγροτικό Ιατρό ή
Γενικής Ιατρικής..

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ

_____ ΑΜ.Κ.Α (ΙΑΤΡΟΥ) _____