

ΤΙΤΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ. _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΕΤΗΣΙΑ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ (ΠΑΙΔΩΝ 2003-2004)

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

(Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή)

{ σφραγίδα }
{ Σωματείου }

Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή

Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε τη σύννομη συμπλήρωση της παρακάτω κατάστασης

A/A Ε Π Ω Ν Υ Μ Ο Ο Ν Ο Μ Α ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ ΗΜ. ΓΕΝ. ΑΡ.ΔΕΛΤΙΟΥ

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.						

ΒΕΒΑΙΟΥΤΑΙ ΟΤΙ ΟΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΩΣ ΑΝΩ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ολογράφως)
_____ (αριθμητικώς) _____ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ
_____ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΥΓΙΕΙΣ και ΙΚΑΝΟΙ ΝΑ ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ
ΑΓΩΝΕΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΟΥΣ, ΣΤΟ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ.

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, Ορθοπαιδικό, Παθολόγο,
Καρδιολόγο, Αγροτικό Ιατρό ή
Γενικής Ιατρικής..

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ

_____ ΑΜ.Κ.Α (ΙΑΤΡΟΥ) _____