

ΤΙΤΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ \_\_\_\_\_

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ \_\_\_\_\_

\* ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤ. \_\_\_\_\_ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_

(\* Ο Αριθμός Πρωτ. και η ημερομηνία συμπληρώνεται από την Ε.Π.Σ. )

## ΕΤΗΣΙΑ

### ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ

#### ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΠΑΙΔΩΝ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ  
(Σωματείου)

A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε την 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 Ορθοπεδικό, Παθολόγο, Καρδιολόγο, Αγροτικό Ιατρό η Γενικής Ιατρικής

**Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ \_\_\_\_\_

(υπογραφή - σφραγίδα)