

ΤΙΤΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____

* ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤ. _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

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

ΕΤΗΣΙΑ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ

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.						
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.						

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)