

ΤΙΤΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____

* ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤ. _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

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

Ε Τ Η Σ Ι Α

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ

ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ Κ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ (Σωματείου)

(ονοματεπώνυμο και υπογραφή) (ονοματεπώνυμο και υπογραφή)

Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε την σύννομη συμπλήρωση της παρακάτω Κατάστασης.

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.						

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 :

Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ _____ (υπογραφή - σφραγίδα)