



ΕΤΗΣΙΑ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ

ΤΙΤΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ: _____
ΑΡΙΘΜ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____
Αριθμ. ΠΡΩΤ. _____ Ημερομηνία _____

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ
(Σωματείου)

Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤΙΟΥ	Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤΙΟΥ
1.							21.						
2.							22.						
3.							23.						
4.							24.						
5.							25.						
6.							26.						
7.							27.						
8.							28.						
9.							29.						
10.							30.						
11.							31.						
12.							32.						
13.							33.						
14.							34.						
15.							35.						
16.							36.						
17.							37.						
18.							38.						
19.							39.						
20.							40.						

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

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ _____

Α.Μ.Κ.Α (ΙΑΤΡΟΥ) _____