

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ: ____ / ____ / 201__

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ.: _____

Συμπληρώνεται από την ΕΠΣ ΚΑΒΑΛΑΣ

Αριθ. Πρωτ. _____

Καβάλα ____ / ____ / _____

Κατάσταση Υγείας Ποδοσφαιριστών

Σωματείο _____ Αριθ. Μητρώου _____ Ε.Π.Σ. Καβάλας

Ο Πρόεδρος

Ο Γ. Γραμματέας

(Υπογραφή)

(Σφραγίδα Σωματείου)

(Υπογραφή)

Όνοματεπώνυμο

Όνοματεπώνυμο

Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε τη σύννομη συμπλήρωση της παρακάτω κατάστασης.

α/α	Επώνυμο	Όνομα	Όνομα Πατρός	Όνομα Μητρός	Ημερ. Γέννησης	Αριθμός Δελτίου	ΑΜΚΑ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
18							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							

28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							

Βεβαιούται ότι οι περιλαμβανόμενοι στην άνω κατάσταση (ολογράφως)
_____ (αριθμητικώς) _____
ποδοσφαιριστές του σωματείου _____
είναι ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΥΓΙΕΙΣ & ΙΚΑΝΟΙ να ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ στην ομάδα τους.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Η συμπλήρωση της Κατάστασης Υγείας Ποδοσφαιριστών γίνεται σύμφωνα με το άρθρο 18 παρ. 1 περ: β' του ΚΑΠ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ

___ / ___ / 201__

Ο Θεωρών Ιατρός

(Σφραγίδα – Υπογραφή – ΑΜΚΑ Ιατρού)