



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ
(Συμταείου)

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΕΤΗΣΙΑ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝΤΙΤΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ: _____
ΑΡΙΘΜ. ΜΗΤΡΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____
Αριθμ. ΠΡΩΤ. _____ Ημερομηνία _____

A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤΙΟΥ	A/A	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 σύμφωνη συμπλήρωση της παρακάτω Κατάστασης.

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ότι οι περιλαμβανόμενοι στην ως άνω ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ολογράφως) _____ (αριθμητικώς) _____ ποδοσφαιριστές του Συμταείου είναι ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΥΓΙΕΙΣ και ΙΚΑΝΟΙ να ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ σε αγώνες της ομάδας τους στο προαναφερόμενο Χρονικό διάστημα.

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

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, Ανροτικό Ιατρό
Πνευμονολόγο ή Γενικής Ιατρικής.

(υπογραφή – σφραγίδα)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ _____

Α.Μ.Κ.Α (ΙΑΤΡΟΥ) _____