



ΕΤΗΣΙΑ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ

ΤΙΤΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ: _____
ΑΡΙΘΜ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ _____ Γ' ΕΘΝΙΚΗΣ
Αριθμ. ΠΡΩΤ. _____ Ημερομηνία _____

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ
(Σωματείου)

A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ/ΣΗΣ	ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤΙΟΥ	A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ/ΣΗΣ	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 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, Ορθοπαιδικό, Παθολόγο, Καρδιολόγο, Αγροτικό Ιατρό ή Γενικής Ιατρικής.

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ _____ Α.Μ.Κ.Α (ΙΑΤΡΟΥ) _____