

ΕΝΩΣΗ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΚΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ

ΤΙΤΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ.....

Ημερομηνία:

Αρ.πρωτ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ
(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

(σφραγίδα)

ΥΠΟΓΡΑΦΗ
(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε τη σύννομη συμπλήρωση της παρακάτω κατάστασης.

A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34.						
35.						
36.						
37.						
38.						
39.						
40.						
41.						
42.						
43.						
44.						
45.						
46.						
47.						
48.						
49.						
50.						

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ ΟΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ολογράφως).....

(αριθμητικώς).....**ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ**.....

ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΥΓΙΕΙΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΙ ΝΑ ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΓΩΝΕΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΟΥΣ.

Σημείωση: Η ιατρική θεώρηση πρέπει να παρέχεται ανά έτος για κάθε ποδοσφαιριστή και να ισχύει κατά την ημέρα τέλεσης του αγώνα (άρθρο 18 του ΚΑΠ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ.....

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή & σφραγίδα ιατρού)