

Ο/Η κάτωθι Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις (ΦΕΚ 3254/Β/08-08-2018) για την αθλητική περίοδο 20..... – 20.....

Ημερομηνία: / /.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα Ιατρού

Ο/Η κάτωθι Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις (ΦΕΚ 3254/Β/08-08-2018) για την αθλητική περίοδο 20..... – 20.....

Ημερομηνία: / /.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα Ιατρού

Ο/Η κάτωθι Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις (ΦΕΚ 3254/Β/08-08-2018) για την αθλητική περίοδο 20..... – 20.....

Ημερομηνία: / /.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα Ιατρού



ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΩΝ ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ



ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ

Νόμου 4479/2017

Σφραγίδα
Ιατρού
Επάνω στη
Φωτό

Για το άθλημα:
Κλασικός Αθλητισμός
(Στίβος)

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛ.ΙΔΙΟΤ:

ΑΘΛ. ΣΩΜΑΤΕΙΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Μ.Κ.Α.:

Ο/Η κάτωθι Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις (ΦΕΚ 3254/Β/08-08-2018).

Ημερομηνία: / /.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα Ιατρού
(υποχρεωτικά και πάνω στη φωτο):