



ΣΚΟΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΛΑΠΙΘΑΣ



ΣΚΟΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
HELLENIC SHOOTING FEDERATION

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ
ΟΔΗΓΙΕΣ

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή αποτελεί προσωπικό έγγραφο του Αθλητή, βρίσκεται στην κατοχή του και έχει ισχύ για ένα (1) έτος από την θεώρηση της. Η κατοχή της αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την συμμετοχή του Αθλητή σε προπονήσεις η Αγώνες.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή θεωρείται από ιατρούς μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Νομαρχιακών, Περιφερειακών ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, υγειονομικών στρατιωτικών μονάδων ή από ιατρούς έχοντες οποιαδήποτε σχέση με το Δημόσιο ή με Ν.Π.Δ.Δ., καθώς και από ιατρούς του ιδιωτικού τομέα, κατέχοντες την καρδιολογική ειδικότητα.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή συνιστά αυτοτελές έγγραφο και δεν συνδέεται με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή προσκομίζεται υποχρεωτικά στην γραμματεία η στον αρμόδιο διαιτητή αγώνα κάθε είδους αθλητικής εκδήλωσης αγωνιστικού χαρακτήρα ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής στις αθλητικές δραστηριότητες.

Απαραίτητη προϋπόθεση η αποστολή της στο e-mail του ομίλου στο lapithas@yahoo.com σε μορφή pdf. Για κάθε έτος θεώρησης χρειάζεται νέα Κάρτα Υγείας Αθλητή.-

Για οποιαδήποτε πληροφορία μπορείτε να καλείτε στο τηλέφωνο του Συλλόγου 6946.440.035

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΚΟΕ:
HSF REGISTRATION NR:

ΘΕΣΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑΣ
ΑΘΛΗΤΗ
(Σφραγίζετε
από τον ιατρό, μετά την
τοποθέτηση της).

ΟΝΟΜΑ:

NAME:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

SURNAME:

ΠΑΤΡΟΝΥΜΟ:

FATHERS NAME:

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

DATE OF BIRTH:

ΑΜΚΑ:

SOCIAL SECURITY NR:

Ο/Η κάτωθι ιατρός πιστοποιεί οι ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις.

The undersigned doctor certifies that the aforementioned may participate in the above sport (preparation and matches) and has been submitted to the foreseen medical examinations.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

DATE:

...../...../.....

**Ονοματεπώνυμο υπογραφή και σφραγίδα
ιατρού.**

(Υποχρεωτικά και επάνω στην φωτογραφία).

Doctor's name and seal

(Mandatorily also on the photograph)

Ονοματεπώνυμο υπογραφή και
σφραγίδα ιατρού.