



ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΝΕΩΝ FOOTBALL LEAGUE

.....
(Αναγράφεται ο τίτλος της ομάδος)

.....
(Αριθμός Μητρώου της ομάδος)

Αρ. Πρωτ. :
(της ομάδας)

Ημερομηνία

**ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ 2016 – 2017
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΥΝΑΜΗΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ**

Ο Πρόεδρος

Ο Διευθύνων Σύμβουλος

(ονοματεπώνυμο και υπογραφή)

(σφραγίδα)

(ονοματεπώνυμο και υπογραφή)

Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε τη σύννομη συμπλήρωση της παρακάτω κατάστασης.

A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ
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.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34.						
35.						

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ότι οι περιλαμβανόμενοι στην ως άνω ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ολογράφως) _____ (αριθμητικώς) _____ ποδοσφαιριστές της **ΟΜΑΔΑΣ ΝΕΩΝ** (ΟΝΟΜΑ ΠΑΕ) _____ είναι **ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΥΓΙΕΙΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΙ ΝΑ ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ** σε αγώνες της ομάδας τους, κατά το προαναφερόμενο έτος.

Σημείωση: Η συμπλήρωση της κατάστασης Υγείας ποδοσφαιριστών, θα γίνει σύμφωνα με το άρθρο 18 του ΚΑΠ..

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

ΑΜΚΑ (ΙΑΤΡΟΥ)

Ημερομηνία Θεώρησης

(Υπογραφή & σφραγίδα)
