



ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ 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	ΑΡ. ΦΑΝΕΛΑΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ	ΟΝΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΗ ΦΑΝΕΛΑ
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 (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. Η ιατρική θεώρηση πραγματοποιείται από Αθλίατρο, Ορθοπαιδικό, Παθολόγο, Καρδιολόγο, Πνευμονολόγο, ή Γενικής Ιατρικής.

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

A.M.K.A. (ΙΑΤΡΟΥ)

Ημερομηνία Θεώρησης

(Υπογραφή & σφραγίδα)
