

**ΕΝΩΣΗ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΚΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ Ν.ΛΑΡΙΣΑΣ**

..... Α.Μ. ΕΠΟ .....

αρ.πρωτ. ....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΠΕΡΙΟΔΟΥ 201... - 201....

**ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ**

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝ.ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

(ονοματεπώνυμο και υπογραφή )  
( Σφραγίδα σωματείου)

..... Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε την σύννομη συμπλήρωση της παρακάτω κατάστασης.

| α/α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ | ΗΜ.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  |               |              |              |             |            |
| 26  |               |              |              |             |            |
| 27  |               |              |              |             |            |
| 28  |               |              |              |             |            |
| 29  |               |              |              |             |            |
| 30  |               |              |              |             |            |
| 31  |               |              |              |             |            |

ΒΕΒΑΙΟΥΤΑΙ ότι οι περιλαμβανόμενοι στην ως άνω ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ολογράφως) .....

..... (αριθμητικώς).....ποδοσφαιριστές του σωματείου.....

.....είναι απολύτως υγιείς και ΙΚΑΝΟΙ να ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ σε αγώνες της ομάδας τους, κατά την προαναφερόμενη περίοδο.

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

ΣΗΜ: Η συμπλήρωση της ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

θα γίνεται σύμφωνα με το άρθρο 18 παρ.1 περ.β'ΚΑΠ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ .....(υπογραφή-σφραγίδα)