

ΕΝΩΣΗ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΚΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ Ν.ΛΑΡΙΣΑΣ

Α.Ο. ....

ΑΜ ΕΠΟ.....

αρ.πρωτ. ....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ .....

Περ. 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					
32					
33					

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡ.ΔΕΛΤΙΟΥ
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					

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 το προαναφερόμενο  
το προαναφερόμενο εξάμηνο.

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)