

Σφραγίδα
Σωματείου

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΟΥ

(μεταγραφική περίοδος: 10 Ιανουαρίου έως 10 Φεβρουαρίου κάθε έτους)

ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ

Α/Μ ΟΜΑΕ (Αθλητή)..... **ΑΥΤ/ΤΟΥ** ή **ΚΑΡΤ** (σημειώστε X)

ΝΕΟΣ ΟΔΗΓΟΣ (ΕΚΔΙΔΩ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ / ΔΕΛΤΙΟ ΑΘΛΗΤΗ) **Ναι** **Όχι** (σημειώστε X)

| | | | |
|-----------------|-------------|-------------|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ | | | |
| ΟΝΟΜΑ | | | |
| Α.Μ.Κ.Α. | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ | | |
| ΨΕΥΔΩΝΥΜΟ | | ΟΜ. ΑΙΜΑΤΟΣ | |
| ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ | | ΑΡ.ΤΑΥΤ/ΤΟΣ | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | | | |
| ΠΟΛΗ | TAX. ΚΩΔ. | | |
| ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ | ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ | | |
| e-mail | | | |
| Αρ. Αδ.Οδήγησης | Ημ. Έκδοσης | Ημ. Λήξης | |

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ (ή ΑΛΛΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ με αριθμό μητρώου του ΕΚΑΕ) Ημ. Εξέτασης.....

ΒΕΒΑΙΩΝΩ ότι ο παραπάνω αθλητής έχει κάνει το προβλεπόμενο Ηλεκτροκαρδιογράφημα, έχω κρατήσει το αναγκαίο Ατομικό & Οικογενειακό ιατρικό ιστορικό και μετά από κλινική εξέταση και με το δεδομένο ότι,

ο αθλητής είναι **μικρότερος των 16 ετών** και για την παρακάτω γνωμάτευση έλαβα υπόψη το **Triplex Καρδιάς**:

ο αθλητής είναι **μεγαλύτερος των 40 ετών** και για την παρακάτω γνωμάτευση έλαβα υπόψη το **Τεστ Κοπώσεως**:

ΓΝΩΜΑΤΕΥΩ ότι:

.....

.....

..... (υπογραφή & σφραγίδα)

ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ (εξέταση ανά δύο χρόνια) **Ημ. Εξέτασης**

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ:

.....

..... (υπογραφή & σφραγίδα)

Ο υπογράφων Αγωνιζόμενος/Αθλητής δηλώνω υπεύθυνα ότι,

- τα παραπάνω στοιχεία είναι ακριβή και επιτρέπω τη χρήση τους για την έκδοση Δελτίου Αθλητή,
- έχω λάβει γνώση των προβλεπομένων από τον Αθλητικό Νόμο, τον Εθνικό Αθλητικό Κανονισμό, τους Γενικούς και Συμπληρωματικούς Κανονισμούς των αγώνων, τις Προκηρύξεις των Πρωταθλημάτων, Κυπέλλων και Επάθλων, τις Εγκυκλίους της ΕΠΑ, και θα τα τηρήσω,
- γνωρίζω τους κινδύνους που εγκυμονεί η εμπλοκή μου στο μηχανοκίνητο αθλητισμό και τους αποδέχομαι
- και δεν θα συμμετάσχω σε εκδηλώσεις αυτοκινήτου - καρτ που δεν είναι εγκεκριμένες από την ΟΜΑΕ

Ημερομηνία: / / 20....

Υπογραφή Αθλητή ή Κηδεμόνων

Υπογραφή Προέδρου Σωματείου