



ΣΚΟΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
HELLENIC SHOOTING FEDERATION

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΚΟΕ: 157.....

HSF REGISTRATION NR

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ
ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ:

NAME

ΕΠΩΝΥΜΟ:

SURNAME

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

FATHER'S NAME

ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

DATE OF BIRTH

ΑΜΚΑ:

SOCIAL SECURITY NR

Ο/η κάτωθι ιατρός πιστοποιεί ότι ο/η ανωτέρω επιστρέφεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες)

και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις.

The undersigned doctor certifies that the aforementioned may participate in the above sport (preparation and matches) and has been submitted to the foreseen medical examinations.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

DATE

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού
(Υποχρεωτικά και επάνω στη φωτογραφία)

Doctor's name and seal

(mandatorily also on the photograph)



Αμμοχώστου 2 & Καλαβρύτων, Δάσος Χαϊδαρίου Τ.Κ. 12462

ΤΗΛ.: 210-5821560 & 6948501627

Web: www.ssathina.gr Email: info@ssathina.gr

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή αποτελεί προσωπικό έγγραφο του αθλητή, βρίσκεται στην κατοχή του και **ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΕΝΑ (1) ΕΤΟΣ** από την θεώρησή της.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή θεωρείτε από ιατρούς μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Νομαρχιακών, Περιφερειακών ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, υγειονομικών στρατιωτικών μονάδων ή από ιατρούς έχοντες οποιαδήποτε σχέση με το Δημόσιο ή με Ν.Π.Δ.Δ., καθώς και από ιατρούς του ιδιωτικού τομέα, κατέχοντες την **ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ**.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή συνιστά αυτοτελές έγγραφο και **ΔΕΝ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ** με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή προσκομίζεται **ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ** στη γραμματεία ή στον αρμόδιο προπονητή αγώνα ή προπόνησης κάθε αθλητικής εκδήλωσης ως **ΒΑΣΙΚΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ** στον αγώνα ή την προπόνηση.