



## ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ

Νόμου 4479/2017

Σφραγίδα  
Ιατρού  
Επάνω στη  
Φωτό

**Για το άθλημα:**  
Κλασικός Αθλητισμός  
(Στίβος)

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛ.ΙΔΙΟΤ: .....

ΑΘΛ. ΣΩΜΑΤΕΙΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΕΠΙΘΕΤΟ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

Α.Μ.Κ.Α.: .....

Ο/Η κάτωθι Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις (ΦΕΚ 3254/Β/08-08-2018).

**Ημερομηνία:** ..... / ..... /.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα Ιατρού  
(υποχρεωτικά και πάνω στη φωτο):

Ο/Η κάτωθι Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις (ΦΕΚ 3254/Β/08-08-2018) για την αθλητική περίοδο 20..... – 20.....

Ημερομηνία: ..... / ..... /.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα Ιατρού

---

Ο/Η κάτωθι Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις (ΦΕΚ 3254/Β/08-08-2018) για την αθλητική περίοδο 20..... – 20.....

Ημερομηνία: ..... / ..... /.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα Ιατρού

---

Ο/Η κάτωθι Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις (ΦΕΚ 3254/Β/08-08-2018) για την αθλητική περίοδο 20..... – 20.....

Ημερομηνία: ..... / ..... /.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα Ιατρού

