

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΠΟΛΗ.....ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ.....αρ. κατάστασης.....

ΙΣΧΥΕΙ

ΓΙΑ ΤΟ 9^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ ΠΑΛΑΙΜΑΧΩΝ & ΒΕΤΕΡΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΛΑΡΙΣΑ ΑΠΟ 26-28 ΜΑΪΟΥ 2023

ΦΩΤΟ	Επώνυμο	
	Όνομα	
	Πατρώνυμο	
	Ημ/νία Γέννησης	
	A.M.K.A	
Σφραγίδα ιατρού πάνω στη φωτογραφία	Αθλημα	ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός, βεβαιώνω πως ο ανωτέρω, είναι ΥΓΙΗΣ, έχει υποβληθεί στις ιατρικές εξετάσεις που προβλέπονται από τον νόμο και μπορεί χωρίς κίνδυνο της υγείας του να μετέχει σε προπονήσεις και αγώνες στο παραπάνω άθλημα.

τόπος- ημερομηνία

.....

Όνοματεπώνυμο ιατρού
Υπογραφή κ σφραγίδα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ: ΠΟΛΗΚΑΤΗΓΟΡΙΑ.....

Ο
δηλώνω υπεύθυνα ότι , έλαβα γνώση της προκήρυξης των αγώνων του 9 ^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑΤΟΣ ΠΑΛΑΙΜΑΧΩΝ & ΒΕΤΕΡΑΝΩΝ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ που διοργανώνει ο Σ.Π.Α.Κ. Λάρισα από 26-28/5/2023, την οποία αποδέχομαι πλήρως και ανεπιφύλαχτα και επιθυμώ να συμμετάσχω στους αγώνες .
ημερομηνία..... υπογραφή.....