

# ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ

Νόμου 4479/2017



Για το άθλημα:  
ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗ

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 3254B 8/8/2018

Ημερομηνία: ..... / ..... / .....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού  
(υποχρεωτικά και επάνω στη  
φωτό:



.....