

ΕΝΩΣΗ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΚΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΕΒΡΟΥ

ΣΩΜΑΤΕΙΟ: _____

(συμπληρώνεται από το σωματείο)

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ..... (συμπληρώνεται από το σωματείο)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:..... (συμπληρώνεται από το σωματείο)

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ Ε.Π.Σ. ΕΒΡΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Π.Σ. ΕΒΡΟΥ)

ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ 2018 - 2019

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ

| Α/Α | ΕΠΩΝΥΜΟ | ΟΝΟΜΑ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ | ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ | ΠΡΑΞΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ Συμπληρώνεται από την Ε.Π.Σ.Ε. |
|-----|---------|-------|--------------|---------------|----------------|-----------------|---|
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | |

| A/A | ΕΠΩΝΥΜΟ | ΟΝΟΜΑ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ | ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ | ΠΡΑΞΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ Συμπληρώνεται από την Ε.Π.Σ.Ε. |
|-----|---------|-------|--------------|---------------|----------------|-----------------|---|
| 21. | | | | | | | |
| 22. | | | | | | | |
| 23. | | | | | | | |
| 24. | | | | | | | |
| 25. | | | | | | | |
| 26. | | | | | | | |
| 27. | | | | | | | |
| 28. | | | | | | | |
| 29. | | | | | | | |
| 30. | | | | | | | |
| 31. | | | | | | | |
| 32. | | | | | | | |
| 33. | | | | | | | |
| 34. | | | | | | | |
| 35. | | | | | | | |

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ ΟΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ _____ (αριθμός ολογράφως και αριθμητικώς) ποδοσφαιριστές του σωματείου _____ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΥΓΙΕΙΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΙ ΝΑ ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΓΩΝΕΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΟΥΣ, ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2018 – 2019 ΚΑΙ ΕΧΟΥΝ ΣΥΝΑΙΝΕΣΕΙ ΣΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΤΟΥΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Π.Ο. ΚΑΙ ΤΗΝ Ε.Π.Σ. ΕΒΡΟΥ

Ο ΘΕΩΡΩΝ ΓΙΑΤΡΟΣ*

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Για το Διοικητικό Συμβούλιο

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

(ΠΡΟΣΟΧΗ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΕΥΚΡΙΝΕΙΑ:
σφραγίδα – υπογραφή –ειδικότητα-
ΑΜΚΑ- ημερομηνία εξέτασης)

(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

(ονοματεπώνυμο – υπογραφή)

(ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ)

ΠΡΟΣΟΧΗ! * ΔΕΝ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΕΣ Καταστάσεις Υγείας χωρίς τα απαιτούμενα στοιχεία ποδοσφαιριστών, σωματείου και γιατρού (ΑΜΚΑ, ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ κλπ.)

* Η πρωτότυπη κατάσταση κατατίθεται στη γραμματεία της Ε.Π.Σ.Σ. την επομένη της ιατρικής θεώρησης ημέρα, συνοδευόμενη από μία (1) φωτοτυπία.

* Παρακαλούμε να αναγράφεται και να είναι ευκρινή στη σφραγίδα η ειδικότητα και το ΑΜΚΑ του γιατρού. Επιτρέπεται ΜΟΝΟΝ Παθολόγος, Γεν. Ιατρική, Καρδιολόγος, Αγροτικός Γιατρός, Αθλίατρος, Πνευμονολόγος και Ορθοπαιδικός. Για τα Πρωταθλήματα Υποδομών η ιατρική θεώρηση μπορεί να γίνει και από Παιδίατρο. (άρθρο 18 του Κ.Α.Π. Ερασιτεχνικών και Επαγγελματικών Πρωταθλημάτων 2018 – 2019