



ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΠΕΤΟΣΦΑΙΡΙΣΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ

Κ.Ο.ΠΕ
20../20..

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:

Ισχύει από μέχρι

ΟΝΟΜΑ :

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΗΜ. ΓΕΝ:

ΤΟΠΟΣ:

ΧΩΡΑ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Με την παρούσα επιβεβαιώνω ότι κατόπιν ιατρικής εξέτασης, ο/η πιο πάνω αθλητής/τρια χαίρει καλής υγείας και είναι ικανός/η να ταξιδέψει και να λάβει μέρος σε αγώνες πετοσφαίρισης.

Σε περίπτωση που κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης έκδοσης δελτίου ο/η αθλητής/τρια είναι κάτω των 18 χρόνων, η αίτηση πρέπει απαραίτητα να υπογράφεται και από τον γονέα/κηδεμόνα του αθλητή.

Με την παρούσα επιβεβαιώνω ότι το όνομα μου όπως αναφέρεται πιο πάνω είναι σωστό και ότι δεν έχω πάρει και δεν πρόκειται να πάρω οποιοδήποτε απαγορευμένες ουσίες όπως αυτές αναφέρονται στους κανονισμούς antidoping των Κ.Ο.ΠΕ. FIVB WADA

Δηλώνω ότι αν μου ζητηθεί, αποδέχομαι να υποβληθώ σε έλεγχο antidoping, πριν, κατά την διάρκεια ή μετά από οποιοδήποτε αγώνα ή και διοργάνωση νοουμένου ότι αυτός θα γίνει σύμφωνα με τους κανονισμούς antidoping των Κ.Ο.ΠΕ. FIVB WADA.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΘΛΗΤΗ

.....

ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ

.....

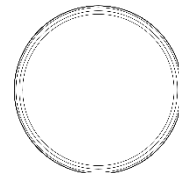
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ

.....

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ



ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

.....