

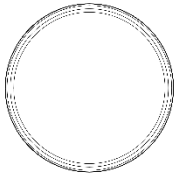


ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΠΕΤΟΣΦΑΡΙΣΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ BEACH VOLLEY

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 λάβει μέρος σε αγώνες πετοσφαίρισης παραλίας (Beach Volley).

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

<p>Με την παρούσα επιβεβαιώνω ότι το όνομα μου όπως αναφέρεται πιο πάνω είναι σωστό και ότι δεν έχω πάρει και δεν πρόκειται να πάρω οποιεσδήποτε απαγορευμένες ουσίες όπως αυτές αναφέρονται στους κανονισμούς anti-doping των ΚΟΠΕ / FIVB / WADA</p> <p>Δηλώνω ότι αν μου ζητηθεί, αποδέχομαι να υποβληθώ σε έλεγχο anti-doping, πριν, κατά την διάρκεια ή μετά από οποιοδήποτε αγώνα ή και διοργάνωση νοουμένου ότι αυτός θα γίνει σύμφωνα με τους κανονισμούς anti-doping των ΚΟΠΕ / FIVB / WADA</p> <p>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΘΛΗΤΗ</p> <p>.....</p>	<p>ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ</p> <p>.....</p>	<p>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ</p> <p>.....</p>	
	<p>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ</p> <p>.....</p>	<p>ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ</p> 	
	<p>ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ</p> <p>.....</p>	<p>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ</p> <p>.....</p>	