



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΤΣΙΡΛΙΝΤΙΝΓΚ ΕΟΤ-ΑΟΧ ΑΘΛΗΤΙΚΟΣ ΟΜΑΔΙΚΟΣ ΧΟΡΟΣ

- ★ Η πιστοποίηση της υγείας των αθλητών/τριων καταγράφεται στην παρούσα κάρτα υγείας, είναι υποχρεωτική και **αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους σε προπονήσεις και αγώνες.**
- ★ Η Κάρτα Υγείας Αθλητή/τριας συνιστά αυτοτελές έγγραφο, δεν συνδέεται με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας, αποτελεί προσωπικό έγγραφο του/της αθλητή/τριας, βρίσκεται στην κατοχή του/της και **ισχύει για ένα (1) έτος από την θεώρησή της.**
- ★ Προσκομίζεται υποχρεωτικά στη γραμματεία ή στον αρμόδιο διαιτητή αγώνα κάθε είδους αθλητικής εκδήλωσης αγωνιστικού χαρακτήρα, σύμφωνα με τους κανονισμούς διεξαγωγής των αγώνων Cheerleading / Breaking / Rope Skipping - Jump Rope, αντικαθιστώντας το Δελτίο Υγείας Αθλητή, ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής στον αγώνα.
- ★ Η Κάρτα Υγείας του Αθλητή θεωρείται από ιατρούς μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Νομαρχιακών, Περιφερειακών ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, υγειονομικών στρατιωτικών μονάδων ή από ιατρούς έχοντες οποιαδήποτε σχέση με το Δημόσιο ή με Ν.Π.Δ.Δ., καθώς και από ιατρούς του ιδιωτικού τομέα, κατέχοντες την καρδιολογική ειδικότητα με τις παρακάτω υποχρεωτικές ιατρικές εξετάσεις:
α) Κλινική εξέταση - β) Ατομικό και Οικογενειακό ιστορικό - γ) Ηλεκτροκαρδιογράφημα.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΤΣΙΡΛΙΝΤΙΝΓΚ ΕΟΤ-ΑΟΧ ΑΘΛΗΤΙΚΟΣ ΟΜΑΔΙΚΟΣ ΧΟΡΟΣ

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Άρθρο 33 § 9 ν. 2725/1999, όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο 16 ν. 4479/2017

ΓΙΑ ΤΑ ΑΘΛΗΜΑΤΑ:

- ★ **CHEERLEADING**
- ★ **BREAKING**
- ★ **ROPE SKIPPING / JUMP ROPE**

φωτογραφία
αθλητή/τριας και
ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ
σφραγίδα ιατρού
επάνω στη
φωτογραφία

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

A.M.K.A.:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ *: **CHEERLEADING**

ROPE SKIPPING/JUMP ROPE

BREAKING

Βεβαιώνεται ότι ο/η ανωτέρω αθλητής/τρια έχει υποβληθεί στις ιατρικές εξετάσεις της παρ. 2 του άρθρου 3 της αριθμ. ΥΠΠΟΑ / ΓΔΟΑ / ΔΑΟΠΑΑΕΥΔΣ / ΤΑΕΥΕ / 386611 / 15976 / 1417 / 152 / 3.8.2018 Κ.Υ.Α. και πιστοποιείται η ικανότητα συμμετοχής του/της στο cheerleading / performance cheer / breaking / rope skipping - jump rope.

Ημερομηνία: ____/____/____

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ον/μο και υπογραφή ιατρού

(Υποχρεωτικά και πάνω στη φωτό)

*Αν κάποιος έχει ξεχωριστό αριθμό δελτίου στα αθλήματα, ο γιατρός σημειώνει ΟΛΟΥΣ τους αριθμούς.