



“ Ο.Χ.Ε. ”

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΧΕΙΡΟΣΦΑΙΡΙΣΕΩΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Γ' ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 56 - ΑΘΗΝΑ * Τ.Κ. 104 33 * ΤΗΛ.: 210 88 41 841 - FAX: 210 82 25 776
WEBSITE: <http://www.handball.org.gr> - EMAIL: info@hhf.org.gr

HELLENIC HANDBALL FEDERATION

56, 3RD SEPTEMBER - ATHENS, 104 33 - GREECE * TEL.: 210 88 41 841 - FAX: 210 82 25 776
WEBSITE: <http://www.handball.org.gr> - EMAIL: info@hhf.org.gr

- 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 Χειροσφαίρισης, 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.**



“ Ο.Χ.Ε. ”

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΧΕΙΡΟΣΦΑΙΡΙΣΕΩΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

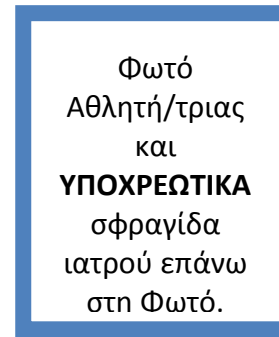
Γ' ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 56 - ΑΘΗΝΑ * Τ.Κ. 104 33 * ΤΗΛ.: 210 88 41 841 - FAX: 210 82 25 776
WEBSITE: <http://www.handball.org.gr> - EMAIL: info@hhf.org.gr

HELLENIC HANDBALL FEDERATION

56, 3RD SEPTEMBER - ATHENS, 104 33 - GREECE * TEL.: 210 88 41 841 - FAX: 210 82 25 776
WEBSITE: <http://www.handball.org.gr> - EMAIL: info@hhf.org.gr

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΧΕΙΡΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ

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



ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

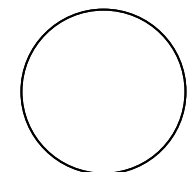
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ:

Α.Μ.Κ.Α.:

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 στην χειροσφαίριση.

Ημερομηνία:/...../.....

Ον/μο, υπογραφή και σφραγίδα ιατρού
(Υποχρεωτικά και πάνω στη φωτό.):



.....