|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ**  **Κάρτα Υγείας Αθλητή**  Κοινή Υπουργική Απόφαση ΥΠΠΟΑ/ΓΔΟΑ/ΔΑΟΠΑΑΕΥΔΣ/ΤΑΕΥΕ/ 386611/15976/1417/152/2018, ΦΕΚ 3254/Β/8-8-2018     * Σύμφωνα με τις προβλέψεις του Ν. 4479/2018 γίνεται υποχρεωτική η έκδοση κάρτας υγείας αθλητή/τριας και αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους σε προπονήσεις και αγώνες. * Η Κάρτα Υγείας είναι αυτοτελές προσωπικό έγγραφο του αθλητή/τριας, βρίσκεται στην κατοχή του, ισχύει για ένα έτος και δεν συνδέεται με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας. * Η Κάρτα Υγείας θεωρείται μόνον 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. * Υποχρεωτικές εξετάσεις   α) Κλινική εξέταση  β) Ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό  γ) Ηλεκτροκαρδιογράφημα   * Προσκομίζεται υποχρεωτικά στη γραμματεία αγώνων ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής σε αγώνα. |  |  | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ**  **Κάρτα Υγείας Αθλητή**  Κοινή Υπουργική Απόφαση ΥΠΠΟΑ/ΓΔΟΑ/ΔΑΟΠΑΑΕΥΔΣ/ΤΑΕΥΕ/ 386611/15976/1417/152/2018, ΦΕΚ 3254/Β/8-8-2018     * Σύμφωνα με τις προβλέψεις του Ν. 4479/2018 γίνεται υποχρεωτική η έκδοση κάρτας υγείας αθλητή/τριας και αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους σε προπονήσεις και αγώνες. * Η Κάρτα Υγείας είναι αυτοτελές προσωπικό έγγραφο του αθλητή/τριας, βρίσκεται στην κατοχή του, ισχύει για ένα έτος και δεν συνδέεται με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας. * Η Κάρτα Υγείας θεωρείται μόνον 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. * Υποχρεωτικές εξετάσεις   α) Κλινική εξέταση  β) Ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό  γ) Ηλεκτροκαρδιογράφημα   * Προσκομίζεται υποχρεωτικά στη γραμματεία αγώνων ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής σε αγώνα. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ**  **Κάρτα Υγείας Αθλητή**  Κοινή Υπουργική Απόφαση ΥΠΠΟΑ/ΓΔΟΑ/ΔΑΟΠΑΑΕΥΔΣ/ΤΑΕΥΕ/ 386611/15976/1417/152/2018, ΦΕΚ 3254/Β/8-8-2018     * Σύμφωνα με τις προβλέψεις του Ν. 4479/2018 γίνεται υποχρεωτική η έκδοση κάρτας υγείας αθλητή/τριας και αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους σε προπονήσεις και αγώνες. * Η Κάρτα Υγείας είναι αυτοτελές προσωπικό έγγραφο του αθλητή/τριας, βρίσκεται στην κατοχή του, ισχύει για ένα έτος και δεν συνδέεται με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας. * Η Κάρτα Υγείας θεωρείται μόνον 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. * Υποχρεωτικές εξετάσεις   α) Κλινική εξέταση  β) Ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό  γ) Ηλεκτροκαρδιογράφημα   * Προσκομίζεται υποχρεωτικά στη γραμματεία αγώνων ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής σε αγώνα. |  |  | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ**  **Κάρτα Υγείας Αθλητή**  Κοινή Υπουργική Απόφαση ΥΠΠΟΑ/ΓΔΟΑ/ΔΑΟΠΑΑΕΥΔΣ/ΤΑΕΥΕ/ 386611/15976/1417/152/2018, ΦΕΚ 3254/Β/8-8-2018     * Σύμφωνα με τις προβλέψεις του Ν. 4479/2018 γίνεται υποχρεωτική η έκδοση κάρτας υγείας αθλητή/τριας και αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους σε προπονήσεις και αγώνες. * Η Κάρτα Υγείας είναι αυτοτελές προσωπικό έγγραφο του αθλητή/τριας, βρίσκεται στην κατοχή του, ισχύει για ένα έτος και δεν συνδέεται με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας. * Η Κάρτα Υγείας θεωρείται μόνον 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. * Υποχρεωτικές εξετάσεις   α) Κλινική εξέταση  β) Ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό  γ) Ηλεκτροκαρδιογράφημα   * Προσκομίζεται υποχρεωτικά στη γραμματεία αγώνων ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής σε αγώνα. |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ**  **Κάρτα Υγείας Αθλητή**  **Νόμου 4479/2017**      Αρ. Μητρώου ΕΛ.Α.Ο:   |  | | --- | | Όνομα : | | Επώνυμο : | | Πατρώνυμο : | | Ημ/νια Γέννησης : | | Α.Μ.Κ.Α.: |   Ο/η κάτωθι ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προπονήσεις και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις.  *Ημερομηνία : ……….. / …………./ …………*  Ονοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού  (υποχρεωτικά και επάνω στην φωτογραφία) |  |  | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ**  **Κάρτα Υγείας Αθλητή**  **Νόμου 4479/2017**      Αρ. Μητρώου ΕΛ.Α.Ο:   |  | | --- | | Όνομα : | | Επώνυμο : | | Πατρώνυμο : | | Ημ/νια Γέννησης : | | Α.Μ.Κ.Α.: |   Ο/η κάτωθι ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προπονήσεις και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις.  *Ημερομηνία : ……….. / …………./ …………*  Ονοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού  (υποχρεωτικά και επάνω στην φωτογραφία) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ**  **Κάρτα Υγείας Αθλητή**  **Νόμου 4479/2017**      Αρ. Μητρώου ΕΛ.Α.Ο:   |  | | --- | | Όνομα : | | Επώνυμο : | | Πατρώνυμο : | | Ημ/νια Γέννησης : | | Α.Μ.Κ.Α.: |   Ο/η κάτωθι ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προπονήσεις και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις.  *Ημερομηνία : ……….. / …………./ …………*  Ονοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού  (υποχρεωτικά και επάνω στην φωτογραφία) |  |  | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ**  **Κάρτα Υγείας Αθλητή**  **Νόμου 4479/2017**      Αρ. Μητρώου ΕΛ.Α.Ο:   |  | | --- | | Όνομα : | | Επώνυμο : | | Πατρώνυμο : | | Ημ/νια Γέννησης : | | Α.Μ.Κ.Α.: |   Ο/η κάτωθι ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προπονήσεις και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις.  *Ημερομηνία : ……….. / …………./ …………*  Ονοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού  (υποχρεωτικά και επάνω στην φωτογραφία) |