|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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) |