



## ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

του Αθλητού (Όνομ/μο) .....του (πατρώνυμο) .....

*σύμφωνα με τον Αθλητικό νόμο 2725/99, αρ. 33, § 9*

*Οι Ιατρικές εξετάσεις θεωρούνται από νομαρχιακό νοσοκομείο ή κέντρο υγείας ή αγροτικό ιατρείο ή υγειονομική στρατιωτική μονάδα ή από έχοντες οποιαδήποτε σχέση με το Δημόσιο ή Ν.Π.Δ.Δ. ιατρούς*

### **ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ** (ισχύει για 2 έτη)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **\* ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ** (ισχύει για ένα έτος)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ** (ισχύουν για δύο έτη)

(τεστ κοπώσεως για Αθλητές άνω των 40 ετών)

(τρίπλεξ καρδιάς για Αθλητές ΚΑΡΤ μέχρι και 15 ετών)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* ( Για ΠΑΙΔΙΕΣ προσκομίζετε βεβαίωση **μόνο** από παθολόγο)

Ημερομηνία υποβολής αίτησης

..... / ..... / 20....

Υπογραφή  
(Αθλητής)

.....

Υπογραφή  
(Πρόεδρος Σωματείου)

.....