|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝ∆ΙΑ ΙΠΠΑΣΙΑΣ**  Ολυμπιακό Κέντρο Ιππασίας Μαρκόπουλο ΤΘ 221 19003 Μαρκόπουλο, Αττική  Τηλ. 22990 49350, e-mail: hef@hef.gr | ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ |

|  |
| --- |
| ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ / ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ | | | | | |
| ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΟΙ |  | | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ |  | | | | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  | | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** |  | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | | **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  | |
| ΑΜΚΑ |  | | | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ | **ΟΔΟΣ** |  | | **ΑΡ.** |  |
| **ΠΟΛΗ** |  | | **Τ.Κ.** |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  | | **E-MAIL** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ IΑΤΡΟΥ | | | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ | |  | |
| ΟΝΟΜΑ | |  | |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (βλέπε σημείωση 1) | |  | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ | |  | |
| Ο/Η ανωτέρω Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω Αθλητής/τρια επιτρέπεται να συμμετέχει στο άθλημα της Ιππασίας (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις, σύμφωνα με το Ν.4479/29.6.2017, άρθρο 16 και την ΚΥΑ ΦΕΚ,3254/Β΄/8.8.2018, άρθρο 3. | | | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:  (συμπληρώνεται από τον ιατρό) | **ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ** | | |
|  | | |  |
| ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΘΛΗΤΗ / ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ | | | **ΘΕΩΡΗΣΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ** |

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ: 1. Η Κάρτα Υγείας Αθλητή θεωρείται αποκλειστικά από ιατρούς κατέχοντες την καρδιολογική ιδιότητα ή γιατρούς με πιστοποίηση ΕΚΑΕ. (ΚΥΑ ΦΕΚ, 3254/Β’/8.8.2018,άρθρο 4)

2. Η Κάρτα Υγείας Αθλητή αποτελεί προσωπικό έγγραφο του αθλητή, βρίσκεται στην κατοχή του και ισχύει για ένα (1) έτος από την θεώρηση της.