



ΑΘΛΗΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΥ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ
"ΣΠΥΡΟΣ ΛΟΥΗΣ"

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ

Μαρούσι/...../.....

Κωδικός

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΙΔΙΟΤΗΤΑ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΠΕΡΙΟΧΗ : Τ.Κ. :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ : ΚΙΝΗΤΟ :

e-mail : FAX :

ΚΑΤΟΧΟΣ ARTEMIS CARD :

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΑΘΛΗΜΑ :

ΧΩΡΟΣ ΑΘΛΗΣΗΣ :

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- 2 Φωτογραφίες
- Φωτοτυπία λογαριασμού ΔΕΗ ή ΟΤΕ ή ΕΥΔΑΠ
- Ιατρικές Βεβαιώσεις (όπισθεν θεωρημένες από γιατρούς αναλόγως την αθλητική δραστηριότητα)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπεύθυνα ότι: α. είμαι υγιής και δέχομαι να συμμετάσχω εγώ ή το παιδί μου στις δραστηριότητες και τις εκδηλώσεις του Αθλητικού Οργανισμού Δήμου Αμαρουσίου «Σπύρος Λούης» για την περίοδο 20.... – 20...., β. τα προσκομιζόμενα δικαιολογητικά και οι ιατρικές βεβαιώσεις είναι αληθείς και γ. έλαβα γνώση και αποδέχομαι όλους τους κανόνες και τους όρους συμμετοχής στα προγράμματα και στους αθλητικούς χώρους.

Ο / Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ

(για άτομα έως 14 ετών)

Απαιτείται για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες

ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ Ή ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ Ή ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ

(για άτομα άνω των 15 ετών)

Απαιτείται για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η έμπροσθεν αιτούμενος/η δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες.

...../...../.....

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή & σφραγίδα)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ – ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΥ

(για άτομα άνω των 15 ετών)

* Απαιτείται για δραστηριότητες Κολυμβητηρίου

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η έμπροσθεν αιτούμενος/η δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες.

...../...../.....

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή & σφραγίδα)