



ΔΕΛΤΙΟ ΑΘΛΗΤΗ

ΤΟΠΙΚΟΥ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ

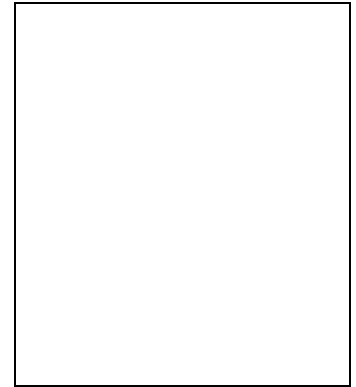
2022 – 2023

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:



Ο/η κάτωθι ιατρός πιστοποιεί ότι ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις.

Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού
(Υποχρεωτικά και επάνω στη φωτογραφία)