

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ



ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
Επώνυμο:	Όνομα:	ΦΩΤΟ
Όνομα Πατρός:		
Ημερομηνία Γέννησης:	Επάγγελμα:	
Διεύθυνση Κατοικίας:		
Τηλ. Σταθερό:	Κινητό :	
Άτομο Επικοινωνίας Εκτ. Ανάγκης :		
Τηλ. Εκτ. Ανάγκης :		
Email:	Α.Δ.Τ. Ή Διαβατηρίου	Ομάδα Αίματος

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΟΣ (σε περίπτωση ανήλικου από 15 ετών και άνω)	
Όνοματεπώνυμο:	
Διεύθυνση Κατοικίας	
Τηλ. Σταθερό:	Κινητό
Email:	Α.Δ.Τ. Ή Διαβατηρίου

Προσκομιζόμενη : Ιατρική Βεβαίωση ικανότητας για άθληση:	*Απαιτείται Ιατρική Βεβαίωση ικανότητας για άθληση η οποία θεωρείται από ιατρό του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα με καρδιολογική ιδιότητα .
Ημερομηνία θεώρησης της Ιατρική Βεβαίωση ικανότητας για άθληση: ___/___/____ *Η Ιατρική Βεβαίωση ικανότητας για άθληση Ισχύει για ένα έτος από τη θεώρησης της.	
Όνομ/μο Ιατρού :	Ειδικότητα:

Με την παρούσα παρακαλώ να μου επιτρέψετε να κάνω χρήση των Αθλητικών εγκαταστάσεων του Δήμου Ανατολικής Σάμου. Ακόμη ζητώ να μου χορηγηθεί η Ατομική Κάρτα Αθλούμενου και Κωδικό Αριθμό τα οποία είναι απαραίτητα για την είσοδό μου στους αθλητικούς χώρους.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι :

- 1) Είμαι τουλάχιστον 15 ετών.
- 2) Τα Στοιχεία που αναγράφονται στην αίτηση μου είναι αληθή.
- 3) Είμαι ικανός για αθλητική δραστηριότητα και ως απόδειξη αυτού προσκόμισα την Ιατρική Βεβαίωση ικανότητας για άθληση, την οποία θεώρησε ο προαναφερόμενος ιατρός,
- 4) Κατανοώ ότι ασκώμαι με δική μου ευθύνη και σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της άσκησης εμφανιστούν συμπτώματα, θα πρέπει αμέσως να σταματήσω την προσπάθεια. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν πονοκέφαλο ή ζάλη, βάρος ή πόνο στο στήθος, αρρυθμίες, αιφνίδια δυσκολία στην αναπνοή ή πρόβλημα στους μυς και στις αρθρώσεις.
- 5) Έχω λάβει γνώση του κανονισμού λειτουργίας των δημοτικών αθλητικών εγκαταστάσεων και ότι έχω την απόλυτη ευθύνη για τυχόν μη συμμόρφωση μου σε αυτόν.
- 6) Αποδέχομαι να λάβουν γνώση των στοιχείων της παρούσης τα μέλη της επιτροπής εξέτασης της αίτησης.

Προσκομιστήκαν : Δυο φωτογραφίες, φωτοτυπία ταυτότητας, και Ιατρική Βεβαίωση ικανότητας για άθληση (ανανεώνεται ετησίως).

Ημερομηνία ___/___/____

Ο /Η δηλ.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Για τον ανήλικο ο κηδεμόνας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ

*Η εγγραφή ανήλικου γίνεται ΜΟΝΟ με την προσκόμιση της παρούσας αίτησης υπογεγραμμένη με το γνήσιο της υπογραφής του κηδεμόνα.
*Σε περίπτωση ανήλικου να προσκομιστεί και η φωτοτυπία ταυτότητας του κηδεμόνα.