



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΤΟΞΟΒΟΛΙΑΣ

Λεωφ. Κηφισίας 27Α - 11523 - ΑΘΗΝΑ • E-MAIL: [info@archery.org.gr](mailto:info@archery.org.gr)  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 2106400186 & 2106400109 • ΦΑΞ: 2106400347

## HELLENIC ARCHERY FEDERATION

Kifisias Avenue, 27A - 11523 - Athens • E-MAIL: [info@archery.org.gr](mailto:info@archery.org.gr)  
TELEPHONE: 2106400186 & 2106400109 • FAX: 2106400347

Σύμφωνα με τις διατάξεις της Υπουργικής Απόφασης :

ΥΠΠΟΑ/ΓΔΟΑ/ΔΑΟΠΑΑΕΥΔΣ/ΤΑΕΥΕ/386611/15976/1417/152/3.8.2018 Κ.Υ.Α.

- Η πιστοποίηση της υγείας των αθλητών/αθλητριών καταγράφεται στην παρούσα κάρτα υγείας, είναι υποχρεωτική και **αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους σε προπονήσεις και αγώνες.**
- Η Κάρτα Υγείας Αθλητή/τριας συνιστά αυτοτελές έγγραφο, δεν συνδέεται με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας, αποτελεί προσωπικό έγγραφο του/της αθλητή/τριας, βρίσκεται στην κατοχή του/της και **ισχύει για ένα (1) έτος από την θεώρησή της.**
- **Προσκομίζεται υποχρεωτικά στον αρμόδιο κριτή αγώνα κάθε είδους αθλητικής εκδήλωσης αγωνιστικού χαρακτήρα, σύμφωνα με τους κανονισμούς διεξαγωγής των αγώνων Τοξοβολίας, αντικαθιστώντας το Δελτίο Υγείας Αθλητή, ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής στον αγώνα.**

Η Κάρτα Υγείας του Αθλητή θεωρείται από ιατρούς μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Νομαρχιακών, Περιφερειακών ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, υγειονομικών στρατιωτικών μονάδων ή από ιατρούς έχοντες οποιαδήποτε σχέση με το Δημόσιο ή με Ν.Π.Δ.Δ., καθώς και από ιατρούς του ιδιωτικού τομέα, **κατέχοντες την καρδιολογική ειδικότητα.**



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΤΟΞΟΒΟΛΙΑΣ

Λεωφ. Κηφισίας 27Α - 11523 - ΑΘΗΝΑ • E-MAIL: [info@archery.org.gr](mailto:info@archery.org.gr)  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 2106400186 & 2106400109 • ΦΑΞ: 2106400347

## HELLENIC ARCHERY FEDERATION

Kifisias Avenue, 27A - 11523 - Athens • E-MAIL: [info@archery.org.gr](mailto:info@archery.org.gr)  
TELEPHONE: 2106400186 & 2106400109 • FAX: 2106400347

### ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ ΤΟΞΟΒΟΛΙΑΣ

Άρθρο 33 §9 ν. 2725/1999, όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο 16 ν. 4479/2017

Φωτογραφία  
Αθλητή/Αθλήτριας  
και  
**ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ**  
σφραγίδα  
Σωματείου  
επάνω στη  
Φωτογραφία.

ΟΝΟΜΑ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ: .....

Α.Μ.Κ.Α.: .....

Βεβαιώνεται ότι ο/η ανωτέρω αθλητής/αθλήτρια έχει υποβληθεί στις ιατρικές εξετάσεις της παρ. 2 του άρθρου 3 της υπ' αριθμ. : ΥΠΠΟΑ/ΓΔΟΑ/ΔΑΟΠΑΑΕΥΔΣ/ΤΑΕΥΕ/386611/15976/1417/152/3.8.2018 Κ.Υ.Α. και πιστοποιείται η ικανότητα συμμετοχής του/της στην τοξοβολία.

Ημερομηνία: .....

Όνοματεπώνυμο, υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού:

