



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΤΣΙΡΛΙΝΤΙΝΓΚ**  
**ΕΟΤ - ΑΟΧ ΑΘΛΗΤΙΚΟΣ ΟΜΑΔΙΚΟΣ ΧΟΡΟΣ**

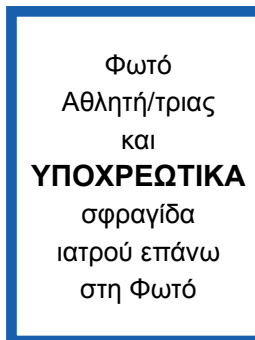


**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΤΣΙΡΛΙΝΤΙΝΓΚ**  
**ΕΟΤ - ΑΟΧ ΑΘΛΗΤΙΚΟΣ ΟΜΑΔΙΚΟΣ ΧΟΡΟΣ**

- Η πιστοποίηση της υγείας των αθλητών/τριων 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 στη γραμματεία ή στον αρμόδιο διαιτητή αγώνα κάθε είδους αθλητικής εκδήλωσης αγωνιστικού χαρακτήρα, σύμφωνα με τους κανονισμούς διεξαγωγής των αγώνων Cheerleading / Performance Cheer / Breaking , 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 με τις παρακάτω υποχρεωτικές ιατρικές εξετάσεις:  
**α) Κλινική εξέταση - β) Ατομικό και Οικογενειακό ιστορικό - γ) Ηλεκτροκαρδιογράφημα.**

**ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

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



**ΓΙΑ ΤΑ ΑΘΛΗΜΑΤΑ:**

- **CHEERLEADING**
- **PERFORMANCE CHEER**
- **BREAKING**

**ΟΝΟΜΑ:** .....

**ΕΠΙΘΕΤΟ:** .....

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** .....

**ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** .....

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ:** .....

**A.M.K.A.:** .....

Βεβαιώνεται ότι ο/η ανωτέρω αθλητής/τρια έχει υποβληθεί στις ιατρικές εξετάσεις της παρ. 2 του άρθρου 3 της αριθμ. ΥΠΠΟΑ/ΓΔΟΑ/ΔΑΟΠΑΕΥΔΣ/ΤΑΕΥΕ/386611/15976/1417/152/3.8.2018 Κ.Υ.Α. και πιστοποιείται η ικανότητα συμμετοχής του/της στο cheerleading / performance cheer / breaking.

Ημερομηνία: ...../...../.....

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ον/μο και υπογραφή ιατρού

(Υποχρεωτικά και πάνω στη φωτο.):