



ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΣ Σ.Φ.Π. ΑΚΑΔΗΜΙΕΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Νέα Εγγραφή Ανανέωση Έτος Άθλημα Α.Μ.Α.

Επίθετο: Όνομα:

Ημερ. Γεννήσεως: /..... /.....

Επίθετο πατρός..... Όνομα πατρός:

Επίθετο μητρός..... Όνομα μητρός:

Επίθετο κηδεμόνα..... Όνομα κηδεμόνα:

Διεύθυνση: Πόλη.....

ΤΚ..... Τηλ:

Κιν. Πατέρα: Κιν. Μητέρα:

Email:

ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Βεβαίωση από Παιδίατρο Βεβαίωση από Παθολόγο Βεβαίωση από Δερματολόγο

Πιστοποιητικό Γέννησης Ομάδα Αίματος Κάρτα Υγείας

Μία (1) πρόσφατη έγχρωμη φωτογραφία σε ηλεκτρονική μορφή

Τμήμα :

Ημέρες : Δ Τ Τ Π Π Σ Κ

Ώρες : - - - -

Για την εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων των ακαδημιών του Συλλόγου, η οικονομική ενίσχυση , θα πρέπει να καταβάλλεται αζημίως το πρώτο δεκαήμερο του κάθε μήνα στην γραμματεία , ανεξαρτήτως παρουσίας στα μαθήματα.

Παρατηρήσεις

Με την παρούσα αίτηση προσκομίζεται έγγραφο πιστοποίησης της υγείας του/της αιτούντος/σας, όπως ορίζει ο ν. 4479/17.

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΝΟΣ ΕΚ ΤΩΝ ΑΣΚΟΥΝΤΩΝ ΤΗΝ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΗΛΙΚΟΥ

Ο/Η..... με Α.Δ.Τ. :..... δηλώνω ότι επιθυμώ το παιδί μου να αθλείται στο Τμήμα..... του «Ο.Σ.Φ.Π.», έχοντας λάβει πλήρη γνώση των υποχρεώσεων του απέναντι στο πιο πάνω σωματείο, σύμφωνα με το καταστατικό και τον εσωτερικό κανονισμό καθώς και των κανόνων ασφαλείας που επικρατούν κατά την συμμετοχή του στις προπονήσεις και στους αγώνες και ότι οι νόμιμοι εκπρόσωποι του και τα Μέλη του Δ.Σ., τόσο ατομικά, όσο και με την παραπάνω ιδιότητά τους δεν έχουν ουδεμία απολύτως ευθύνη, που τυχόν ήθελε προκύψει και για τους αθλητές με δελτίο, σύμφωνα με το ν.2725/99 και τους κανονισμούς της οικείας Ομοσπονδίας. Τέλος, δηλώνω ότι συναινώ στην φωτογράφιση/βιντεοσκόπηση του παιδιού μου (ομαδική ή/και ατομική) στο πλαίσιο αθλητικών εκδηλώσεων και δραστηριοτήτων, που θα πραγματοποιηθούν στη διάρκεια της αγωνιστικής χρονιάς και ενδέχεται να αναρτηθούν στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης του Συλλόγου.

Δηλώνω - δηλώνουμε ότι με πλήρη επίγνωση, βασιζόμενος/-οι στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφασή μου/-μας, συμφωνώ/-ουμε, συναινώ/-ουμε και παρέχω/-ουμε τη ρητή συγκατάθεσή μου/μας στο σωματείο «ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΣ Σ.Φ.Π.» και στην αρμόδια Ελληνική αθλητική Ομοσπονδία του αθλήματος για την επεξεργασία όλων των προβλεπόμενων προσωπικών δεδομένων, όπως αυτά έχουν προσκομισθεί και δηλωθεί στην αίτησή μου/του τέκνου μας και στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά για τους συγκεκριμένους αθλητικούς λόγους, για όποιο χρονικό διάστημα ήθελε απαιτηθεί. Επιπροσθέτως δηλώνω/-ουμε ότι έχω/-ουμε ενημερωθεί ότι τα Προσωπικά Δεδομένα, όπως αυτά αναγράφονται στην αίτηση Εγγραφής/Μεταγραφής και είναι ορατά σε όλους τους εξουσιοδοτημένους χρήστες του ιστοχώρου της Βάσης Δεδομένων Μητρώου Αθλητών της αρμόδιας Ελληνικής Αθλητικής Ομοσπονδίας του Αθλήματος, καθώς επίσης τα δεδομένα αυτά δύνανται να κοινοποιηθούν στις υπερκείμενες Ευρωπαϊκές και Παγκόσμιες Ομοσπονδίες του συγκεκριμένου αθλήματος, σε περίπτωση μεταγραφής του αθλητή/-τριας στο εξωτερικό ή στη Γ.Γ.Α.. Όλα τα πιο πάνω δηλώνω/-ουμε με πλήρη επίγνωση μου/μας.

Για τον/την αιτούντα/αιτούσα

Ο/Η Δηλών/ούσα

Η παρούσα αίτηση εγκρίθηκε στις / / .

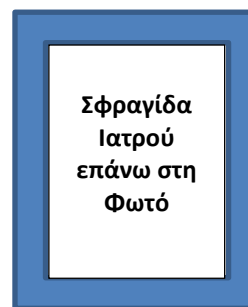
(υπογραφή)



- Η Κάρτα Υγείας Αθλητή αποτελεί προσωπικό έγγραφο του αθλητή, βρίσκεται στην κατοχή του και ισχύει για ένα (1) έτος από την θεώρησή της. Έχει ισχύ και για τα 3 αγωνίσματα (Βόλεϊ, Beach Volleyball, Snow volleyball)
- Η Κάρτα Υγείας Αθλητή θεωρείται ΜΟΝΟ από ιατρούς καρδιολόγους μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Νομαρχιακών, Περιφερειακών ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, υγειονομικών στρατιωτικών μονάδων ή από ιατρούς καρδιολόγους έχοντες οποιαδήποτε σχέση με το Δημόσιο ή Ν.Π.Δ.Δ. καθώς και ιατρούς καρδιολόγους του ιδιωτικού τομέα.
- Η Κάρτα Υγείας Αθλητή συνιστά αυτοτελές έγγραφο και δεν συνδέεται με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας.
- Η Κάρτα Υγείας Αθλητή προσκομίζεται υποχρεωτικά στη γραμματεία ή στον αρμόδιο διαιτητή αγώνα κάθε είδους αθλητικής εκδήλωσης αγωνιστικού χαρακτήρα ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής στον αγώνα.

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ

Νόμου 4479/2017



Για το άθλημα:

- Βόλεϊ
- Beach Volleyball
- Snow Volleyball

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ε.Ο.ΠΕ:

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Μ.Κ.Α.:

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

Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού
(υποχρεωτικά και επάνω στη φωτό:

.....

