

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΘΛΗΤΗ



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ	
[Input Field]	
ΟΝΟΜΑ	
[Input Field]	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
[Input Field]	[Input Field]
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
[Input Field]	[Input Field]
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ
[Input Field]	[Input Field]
ΑΜΚΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ
[Input Field]	[Input Field]
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ/ΑΡ.)	ΠΟΛΗ - Τ.Κ.
[Input Field]	[Input Field]
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΣΤΑΘΕΡΟ)	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΚΙΝΗΤΟ)
[Input Field]	[Input Field]
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	ΕΚΔΟΘΗΚΕ ΑΠΟ
[Input Field]	[Input Field]

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ
[Input Field]
ΟΝΟΜΑ
[Input Field]
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
[Input Field]
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
[Input Field]
ΕΚΔΟΘΗΚΕ ΑΠΟ
[Input Field]

Βεβαιώνω ότι έλαβα γνώση και συμφωνώ με το Γενικό Κανονισμό της Ε.Φ.Ο.Α.

ΣΩΜΑΤΕΙΟ

[Input Field]

Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι όλα τα πρωτότυπα παραστατικά είναι γνήσια και φυλάσσονται στο αρχείο του σωματείου μας.

- ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ
- Φωτογραφία
 - Παράβολο Εγγραφής
 - Πιστοποιητικό Γέννησης ή Φωτοτυπία Αστ.Ταυτ.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ (Σύμφωνα με τον Ν. 2725/99)

Βεβαιώνω ότι ο/η αναφερόμενος/η στην παρούσα αίτηση αθλητής/τρια εξετάστηκε και βρέθηκε ικανός/ή να μετέχει στις προπονήσεις και στους αγώνες, χωρίς κίνδυνο της υγείας του/της.

ΗΜ/ΝΙΑ	Υπογραφή & Σφραγίδα Ιατρού
ΙΑΤΡΟΣ	

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Φ.Ο.Α.

Παρελήφθη στις και καταχωρήθηκε με Α.Μ. Ε.Φ.Ο.Α. [Input Field] ΗΜ/ΝΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ

Υπογραφή Αθλητή
(ή κηδεμόνα, αν είναι ανήλικος/η)

ΗΜ/ΝΙΑ

Ο Γενικός Γραμματέας του Σωματείου

ΗΜ/ΝΙΑ

Ο Γενικός Γραμματέας της Ε.Φ.Ο.Α.