

Αίτηση Έκδοσης Κάρτας Αθλουμένου Στο Δημοτικό Στάδιο Αίγινας

ΠΡΟΣ : ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΔΗΜΟΥ ΑΙΓΙΝΑΣ		
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
Επώνυμο:	Όνομα:	ΦΩΤΟ
Όνομα Πατρός:		
Ημερομηνία Γέννησης:	Επάγγελμα:	
Διεύθυνση Κατοικίας:		
Τηλ. Σταθερό:	Κινητό :	
Άτομο Επικοινωνίας Εκτ. Ανάγκης :		
Τηλ. Εκτ. Ανάγκης :		
Email:	A.Δ.Τ. Ή Διαβατηρίου	Ομάδα Αίματος

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΟΣ (σε περίπτωση ανήλικου από 15 ετών και άνω)	
Όνοματεπώνυμο:	
Διεύθυνση Κατοικίας	
Τηλ. Σταθερό:	Κινητό
Email:	A.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 Του αθλητικού χώρου (γήπεδο ποδοσφαίρου και περιβάλλον χώρος) του ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΑΙΓΙΝΑΣ που ανήκει στον ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΑΙΓΙΝΑΣ. Ακόμη ζητώ να μου χορηγήσετε ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ και ΚΩΔΙΚΟ ΑΡΙΘΜΟ τα οποία είναι απαραίτητα για την είσοδο μου στον αθλητικό χώρο έναντι του συμβολικού πόσου των πέντε ευρώ ανά έτος.

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 η 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. Επίσης γνωρίζω ότι κατά την είσοδο και έξοδο μου στον αθλητικό χώρο θα υπάρχει κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης όπου και θα με βιντεοσκοπεί και συναινώ σ' αυτό.

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

Ημερομηνία ____ / ____ / ____

Ο /Η δηλ

Για τον ανήλικο ο κηδεμόνας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
---------------	----------

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.