



Αθήνα 4/10/2018
Αριθμ. πρωτ. 31711/2018

ΠΡΟΣ: Όλες τις Ενώσεις – Μέλη Ε.Π.Ο
Super League ΕΛΛΑΔΑ
Football League

Κύριε Πρόεδρε

Με βάση την ΚΥΑ ΥΠΠΟΑ/ΓΔΟΑ/ΔΑΟΠΑΕΥΔΣ/ΤΑΕΥΕ/386611/15976/1417 /152/3-8-2018 του Υπουργού Υγείας και του Υφυπουργού Πολιτισμού και Αθλητισμού θεσπίζεται η Κάρτα Υγείας Αθλητή για όλες τις ομοσπονδίες. Η Ελληνική Ποδοσφαιρική Ομοσπονδία προχώρησε στην έκδοση της Κάρτας Υγείας Αθλητή την οποία σας στέλνει προκειμένου να προχωρήσετε στις δικές σας ενέργειες. Η παραπάνω κάρτα εκδίδεται μόνον κατόπιν των εξής υποχρεωτικών εξετάσεων: α) Κλινική Εξέταση, β) Ατομικό και οικογενειακό Ιατρικό ιστορικό και γ) Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Η Κάρτα Υγείας 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 ΝΠΔΔ, καθώς και από ιατρούς του ιδιωτικού τομέα, κατέχοντες την καρδιολογική ειδικότητα ή ιατρούς άλλων ειδικοτήτων που έχουν πιστοποίηση ΕΚΑΕ.

Η πιστοποίηση της υγείας των αθλητών καταγράφεται στην κάρτα υγείας, η οποία είναι υποχρεωτική και αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή στις προπονήσεις και στους αγώνες. Είναι προσωπικό έγγραφο του αθλητή και βρίσκεται μόνο στην κατοχή του. Αυτό θα προσκομίζεται στο διαιτητή του αγώνα και θα αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη συμμετοχή του στον αγώνα.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή περιλαμβάνει τα κάτωθι στοιχεία:

Εθνική Γαλαξίας, Τηλ: 34107, Τ.Κ. 11526, Αθήνα. Τ: 210 8794200 F: 210 8794200 e-mail: info@hff.gr



ΚΡΗΣΟΣ ΚΟΡΨΙΝΟΣ



ΚΡΗΣΟΣ ΚΟΡΨΙΝΟΣ



ΚΡΗΣΟΣ ΚΟΡΨΙΝΟΣ



ΚΟΡΨΙΝΟΣ



ΚΟΡΨΙΝΟΣ



ΥΠΟΥΣΤΡΑΤΙΑΣ



ΥΠΟΥΣΤΡΑΤΙΑΣ



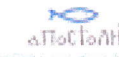
ΥΠΟΥΣΤΡΑΤΙΑΣ



ΥΠΟΥΣΤΡΑΤΙΑΣ



ΥΠΟΥΣΤΡΑΤΙΑΣ



ΕΥΡΩΠΕΙΑΣ Ε.Κ.Ε.

α) Την ομοσπονδία, β) Όνομα, επίθετο, πατρώνυμο, γ) Έτος γέννησης, δ) Άθλημα, ε) Φωτογραφία, στ) Αριθμός Δελτίου Αθλητικής Ιδιότητας, ζ) ΑΜΚΑ, η) Ημερολογιακή θεώρηση με βεβαίωση - υπογραφή ιατρού για την πιστοποίηση συμμετοχής στο άθλημα και θ) Βεβαίωση - υπογραφή ότι έχει υποβληθεί στις εξετάσεις που προβλέπει η κοινή υπουργική απόφαση και αναφέρω παραπάνω.

Η εφαρμογή της Κάρτας Υγείας Αθλητή στις προπονήσεις και στους αγώνες αρχίζει από 9/10/2018.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΟ

Ο ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΔΕΔΕΣ

Γεώργιος Γαβρ. Τ.Θ. 14127, Τ.Κ. 11528, Αθήνα. **T:** 210 9400000 **F:** 210 9400000 www.epo.gr **e-mail:** info@epo.gr



ΚΡΕΤΟΣ ΚΟΡΜΟΣ



vodafone
ΚΡΕΤΟΣ ΚΟΡΜΟΣ



ΚΡΕΤΟΣ ΚΟΡΜΟΣ



ΚΟΡΜΟΣ



ΚΟΡΜΟΣ



ΥΠΟΥΣΤΡΟΦΗ



ΥΠΟΥΣΤΡΟΦΗ



ΥΠΟΥΣΤΡΟΦΗ



ΥΠΟΥΣΤΡΟΦΗ



ΥΠΟΥΣΤΡΟΦΗ



ΕΥΡΕΥΝΑ ΕΠΕ.Ε.Ε.



Η Κάρτα Υγείας Αθλητή αποτελεί προσωπικό έγγραφο του αθλητή, βρίσκεται στην κατοχή του και ισχύει για ένα (1) έτος από τη θεώρησή της.

The Athlete's Health Card is a personal document of the athlete, is in the possession of the athlete and is valid for one (1) year following the certification thereof.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή θεωρείται ΜΟΝΟΝ από ιατρούς όπως ορίζεται στην οικεία κοινή υπουργική απόφαση του Υπουργείου Υγείας και του Υφυπουργού Πολιτισμού και Αθλητισμού.

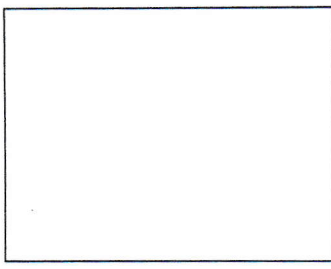
The Athlete's Health Card is certified SOLELY by cardiologists, as specified in the relevant joint ministerial decision of the Minister of Health and the Deputy Minister of Culture and Sports.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή συνιστά αυτοτελές έγγραφο και δε συνδέεται με το Δελτίο Αθλητικής Ιδιότητας.

The Athlete's Health Card is a stand-alone document and is not linked to the Player's ID Card.

Η Κάρτα Υγείας Αθλητή προσκομίζεται υποχρεωτικά στον αρμόδιο Διαιτητή κάθε είδους αθλητικής εκδήλωσης αγωνιστικού χαρακτήρα ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής στον αγώνα.

The Athlete's Health Card is submitted mandatorily to the competent Referee of any sports event as a basic



ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΠΟ:.....
HFF REGISTRATION NR

ΟΝΟΜΑ:
NAME

ΕΠΙΘΕΤΟ:
SURNAME

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
FATHER'S NAME

ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
DATE OF BIRTH

ΑΜΚΑ:
SOCIAL SECURITY NR

Ο/η κάτωθι ιατρός πιστοποιεί ότι ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις

The undersigned doctor certifies that the aforementioned may participate in the above sport (preparation and matches) and has been submitted to the foreseen medical examinations.

Ημερομηνία:...../...../.....
Date

Ονοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού
(Υποχρεωτικά και επάνω στη φωτογραφία)
Doctor's name and seal
(mandatorily also on the photograph)