

ΠΟΔΗΛΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΠΑΛΑΙΜΑΧΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ (Π.Ε.Π.Α.)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΡΑΦΕΙΩΝ: ΑΓΙΟΥ ΤΡΥΦΩΝΟΣ 38 & Τ.ΜΠΟΥΓΑ, 14562 ΚΗΦΙΣΙΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: Βασιλικών 63 - Τ.Κ. 10442 - ΑΚΑΔΗΜΙΑ ΠΛΑΤΩΝΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: 693 1111 696, FAX: 210 5131 882

Α.Μ.:..... (συμπληρώνεται από την ένωση)

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ (πλήρης): / /

ΠΟΔΗΛΑΤΙΚΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΠΟΛΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ:

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΑΜΚΑ:

E-mail:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΜΕΛΗ ΠΟΥ ΣΥΝΑΙΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ (βάσει άρθρου 6 του καταστατικού)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Α.Μ. Π.Ε.Π.Α.	ΥΠΟΓΡΑΦΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΠΟΔΗΛΑΣΙΑΣ • ΟΛΥΜΠΙΑΚΟ ΠΟΔΗΛΑΤΟΔΡΟΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
Λ. Σπύρου Λούη, 151 23 Μαρούσι, Αθήνα, τηλ. 210 6859788, φαξ: 210 6859739
<http://www.hellenic-cycling.gr>, e-mail: eopbike@otenet.gr

HELLENIC CYCLING FEDERATION • ATHENS OLYMPIC VELODROME
Sp. Loui Avenue, 151 23 Marousi, Athens, Greece, tel: (+30) 210 6859788, fax: (30) 210 6859739

ΕΝΤΥΠΟ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ (sportive)

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ / ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ε.Ο.Π.		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ		ΘΕΣΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑΣ Διαστάσεις 3x4εκ. αυστηρά
<i>*Τα ως άνω πεδία συμπληρώνονται από την Ε.Ο. Ποδηλασίας</i>				
ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ				
SURNAME, NAME *				
<i>* Με λατινικούς χαρακτήρες όπως είναι γραμμένα στο διαβατήριο ή στην αστυνομική ταυτότητα.</i>				
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ				
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ				
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ				
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ				
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ			A.M.K.A. :	

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ :
ΠΟΛΗ		TAXYΔΡΟΜ. ΚΩΔΙΚΟΣ :
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ		
EMAIL		
ΠΡΟΣΩΠΟ ΕΠΕΙΓ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

2. ΚΑΤΟΧΗ ΚΑΡΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ / ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ

Βασική προϋπόθεση για την συμμετοχή του/της ανωτέρω αναφερόμενου/ης ΑΘΛΗΤΗ/ ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ είναι αυτός /η να κατέχει την προβλεπόμενη από τον Νόμο 4479/2017, ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ . Η ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ, προσκομίζεται υποχρεωτικά στη γραμματεία ή στον αρμόδιο Αλυτάρχη του αγώνα κάθε είδους αθλητικής εκδήλωσης αγωνιστικού χαρακτήρα, ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής σε αυτόν.

3. ΔΗΛΩΣΗ ΑΘΛΗΤΗ / ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ

- Δηλώνω ότι τα στοιχεία μου είναι αληθή.
- Δηλώνω ότι δεν έχω εκδώσει δελτίο σε Εθνική Ομοσπονδία Ποδηλασίας άλλης χώρας.
- Δηλώνω ότι δέχομαι και θα πειθαρχώ στους κανονισμούς της Ε.Ο.Π. και της U.C.I., καθώς και στα καταστατικά τους.
- Δηλώνω ότι θα συμμετέχω στις ποδηλατικές εκδηλώσεις - αγώνες με τρόπο αθλητικό και νόμιμο. Θα πειθαρχώ σε όλες τις ποινές και θα συμβάλλω στο φιλικό πνεύμα.
- Δηλώνω ότι θα υποβάλλομαι σε εξέταση Ντόпинγκ Κοντρόλ σύμφωνα με τον κανονισμό της Ε.Ο.Ποδηλασίας και της U.C.I., σε αγώνες, καθώς και όποτε αυτό ήθελε ζητηθεί από την Ε.Ο.Ποδηλασίας ή την U.C.I.
- Δηλώνω ότι συμφωνώ με τις διαδικασίες του Τεστ Αίματος (Blood Test) και αποδέχομαι να υποβάλλομαι σε εξέταση Τεστ Αίματος όποτε αυτό ήθελε ζητηθεί από την Ε.Ο.Ποδηλασίας ή την U.C.I.
- Δηλώνω ότι τα δείγματα που δίνω για ανάλυση, αποτελούν περιουσία της Ε.Ο.Ποδηλασίας ή/και της UCI.
- Δηλώνω ότι δέχομαι τα προσωπικά μου στοιχεία, οι επιδόσεις μου και τα αποτελέσματα των αγώνων να αναρτώνται σε ηλεκτρονικά μέσα, να δίδονται στον Τύπο, στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Κοινωνικής Δικτύωσης και να επεξεργάζονται από την Στατιστική Υπηρεσία της Ε.Ο.Ποδηλασίας.
- Δηλώνω ότι δέχομαι να με φωτογραφίζουν, να με βιντεοσκοπούν και να με καταγράφουν με άλλα μέσα κατά την διάρκεια των διοργανώσεων και συμφωνώ με την μελλοντική χρήση των καταγραφών αυτών και των επιδόσεών μου από την Ε.Ο.Ποδηλασίας, ή από τρίτα μέρη που έχουν εξουσιοδοτηθεί από την Ε.Ο.Ποδηλασίας για αυτό τον λόγο.
- Δηλώνω ότι είμαι επαρκώς ασφαλισμένος / η με τα κατάλληλα ασφαλιστικά προγράμματα, που προβλέπονται από τους κανονισμούς και το γεγονός αυτό είναι προϋπόθεση για την συμμετοχή μου σε αγώνες ποδηλασίας.
- Δηλώνω ότι είμαι κάτοχος Κάρτας Υγείας που είναι σε ισχύ.

ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΩΤΕΡΩ ΔΗΛΩΣΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΘΛΗΤΗ / ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ Η/ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΑ
(Για αθλητή/τρια κάτω των 18 ετών)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΠΟΔΗΛΑΣΙΑΣ
HELLENIC CYCLING FEDERATION

- Η Κάρτα Υγείας Αθλητή αποτελεί προσωπικό έγγραφο του αθλητή βρίσκεται στη κατοχή του και ισχύει για ένα (1) έτος από την θεώρηση της.

- Η Κάρτα Υγείας Αθλητή θεωρείται ΜΟΝΟ από ιατρούς Καρδιολόγους μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Νομαρχιακών, Περιφερειακών Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, υγειονομικών στρατιωτικών μονάδων ή από ιατρούς 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 Αλυτάρχη του αγώνα κάθε είδους αθλητικής εκδήλωσης αγωνιστικού χαρακτήρα ως βασική προϋπόθεση συμμετοχής στον αγώνα.

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ

Νόμου 4479/2017

Για το άθλημα
ΠΟΔΗΛΑΣΙΑΣ

Σφραγίδα
Ιατρού
επάνω στη
φωτό

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ε.Ο.Π.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

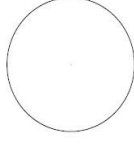
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

Α.Μ.Κ.Α.

Ο/Η Κάτωθι ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις ΦΕΚ 3254B 8/8/2018

Ημερομηνία/...../20.....

Ονοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρού
(υποχρεωτικά και επάνω στη φωτο)



.....

CYCLING UNION of VETERAN ATHLETS (P.E.P.A.)

Office: Agiou Trifonos 38 & Taki Mpouga, 145 62 KIFISIA

Post address: Vasilikon 63 – 104 42 – Akadimia Platonos, Athens

Tel.: 693 1111 696, Fax: 210 5131 882

Membership Nr.: (*leave it blanc*)

MEMBERSHIP APPLICATION

SURNAME:

NAME:

FATHER'S NAME: BLOOD TYPE:

BIRTH DATE (full): / /

CYCLING CLUB:

STREET ADDRESS:

ZIP CODE:

CITY:

FIXED PHONE:

CELLULAR PHONE:

WORK PHONE:

PROFESSION:

AMKA:

E-mail:

APPLICATION DATE:

SIGNATURE:

MEMBERS CONSENTING for the application (according article §6 of the statute)		
	Surname/Name	P.E.P.A. No. Signature
1		
2		