



ΔΗΜΟΣ  
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
ΑΝΤΙΔΗΜΑΡΧΙΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

# Αίτηση Αθλούμενου

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ 2015-2016

(Α' ΦΑΣΗ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ – ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015)

Προς : ΑΝΤΙΔΗΜΑΡΧΙΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

### Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

Επώνυμο :	Όνομα:	(ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ)
Όνομα Πατρός :		
Ημερομηνία Γέννησης :		
Τόπος Γέννησης :		
Επάγγελμα :		
Διεύθυνση Κατοικίας :	T. K. :	
Περιοχή Κατοικίας :		
Δήμος :	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	Τηλ. Επικοινωνίας ( 1 ) : (πρωινές ώρες)
Τηλ. Επικοινωνίας 2) : (ΚΙΝΗΤΟ)		Τηλ. Επικοινωνίας ( 3 ) : (Fax σε λειτουργία)
e-mail :		Αρ. Δ. Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου :

ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΕΓΓΡΑΦΕΣΤΕ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

(Παρακαλούμε να συμπληρώσετε με ακρίβεια τα στοιχεία σας και να προσκομίσετε στην αίτηση σας οποιοδήποτε έγγραφο είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψη από την επιτροπή αξιολόγησης)

### Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΟΣ (σε περίπτωση ανήλικου τέκνου)

Όνοματεπώνυμο :	
Επάγγελμα :	
Διεύθυνση Κατοικίας :	T. K. :
Τηλ. Επικοινωνίας ( 1 ) : (ΠΡΩΙΝΕΣ ΩΡΕΣ)	Τηλ. Επικοινωνίας ( 2 ) : (ΚΙΝΗΤΟ)
Τηλ. Επικοινωνίας (3) : (FAX)	e-mail :
Αριθμός Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου :	

Με την παρούσα δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω στα πλαίσια των αθλητικών μου δραστηριοτήτων στο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ 2015 – 2016 και ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στην αίτηση μέλους είναι ακριβή. Διάβασα, κατανόησα και αποδέχομαι τους όρους οργάνωσης του προγράμματος και αποδέχομαι να λάβουν γνώση των στοιχείων της παρούσης τα μέλη της επιτροπής εξέτασης της αίτησης. Δηλώνω επίσης ότι με ευθύνη μου θα προσκομίσω τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την συμμετοχή μου στο πρόγραμμα.

Ημερομηνία : ----- /----- /-----

Το υποψήφιο μέλος,	Για το ανήλικο τέκνο υποψήφιο μέλος ο κηδεμόνας,*
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

\* Η εγγραφή ανήλικου μέλους στο πρόγραμμα γίνεται ΜΟΝΟ με την φυσική παρουσία του κηδεμόνα ο οποίος υπογράφει στο σχετικό εδάφιο με την προσκόμιση της παρούσας αίτησης υπογεγραμμένη με το γνήσιο της υπογραφής του κηδεμόνα.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΚΠΑΙΡΑΙΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Ημερ. Παραλαβής: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ΚΩΔΙΚΟΣ  
ΜΕΛΟΥΣ

Υπ. υπαλλήλου: \_\_\_\_\_

**Γ. ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ (συμπληρώνεται από τον αθλούμενο)**

1. Στο παρελθόν κάποιος ιατρός σας σύστησε έλεγχο ή/και παρακολούθηση για πρόβλημα που βρήκε στην καρδιά (πχ φύσημα);	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
2. Νιώσατε ποτέ έντονο πόνο στο στήθος ή έντονο αίσθημα ότι δεν μπορείτε να αναπνεύσετε κατά την διάρκεια σωματικής άσκησης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
3. Έχετε λιποθυμήσει, έχετε χάσει τις αισθήσεις σας ή έχετε πέσει κάτω μετά από ζάλη;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
4. Υπάρχει κάποιος συγγενής στην οικογένεια σας που πριν την ηλικία των 50 ετών βρέθηκε να πάσχει από κάποιο από τα ακόλουθα:			
α) από μυοκαρδιοπάθεια (υπερτροφική ή άλλη),	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
β) σύνδρομο Marfan, σύνδρομο long-QT ή άλλη αρρυθμία,	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
γ) έχει υποστεί έμφραγμα	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
δ) έχει πεθάνει αιφνίδια	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
ε) του έχει τοποθετηθεί απινιδωτής	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
5. Έχει βρεθεί να έχετε αυξημένη αρτηριακή πίεση σε δύο ή περισσότερες φορές που την μετρήσατε;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
6. Σας έχουν πει ότι πρέπει να λαμβάνετε υποχρεωτικά αντιβίωση όταν κάνετε κάποια οδοντιατρική επέμβαση;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
7. Έχει βρεθεί αυξημένη χοληστερίνη σε εξετάσεις που έχετε κάνει;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
8. Καπνίζετε ή έχετε διακόψει το κάπνισμα για λιγότερο από δύο χρόνια;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
9. Έχετε αλλεργία σε κάποιο φάρμακο; αν ναι, σε ποια φάρμακα: _____	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
10. Έχετε χάσει τις αισθήσεις σας λόγω αλλεργίας; Εάν ναι, τι σας προκάλεσε την αλλεργία; _____	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
11. Λαμβάνετε φάρμακα (έστω και περιστασιακά) για κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα υγείας:			
α) Υπέρταση/Άλλο νόσημα της καρδιάς	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
β) Σάκχαρο	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
γ) Ασθμα/Άλλο νόσημα των πνευμόνων	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
δ) Αιματολογικό πρόβλημα	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
ε) Πρόβλημα υγείας του θυροειδή	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
στ) ψυχικό/νευρολογικό πρόβλημα	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
ζ) Οστεοπόρωση/Άλλο πρόβλημα των οστών	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
η) Οποιοδήποτε φάρμακο που γίνεται με ένεση	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
12. Έχετε εγχειρισθεί πρόσφατα (μέχρι πριν 6 μήνες): Αν ναι, τι επέμβαση: _____	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
13. Πάθατε κάποιο κάταγμα/σπάσιμο/κάκωση τένοντα τα τελευταία δύο χρόνια; Αν ναι, σε ποιο σημείο του σώματος: _____	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
14. Έχετε χειρουργηθεί για κάποιο κάταγμα/σπάσιμο/κάκωση τένοντα στο παρελθόν;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
15. Έχετε πόνο/ενόχληση συχνά σε κάποιο σημείο του σώματος από τα παρακάτω (ιδιαίτερα μετά από τραυματισμό στο παρελθόν):			
<input type="checkbox"/> Αυχένα	<input type="checkbox"/> Ωμους	<input type="checkbox"/> Θώρακας-πλευρά	<input type="checkbox"/> Άνω άκρα-χέρια
<input type="checkbox"/> Σπονδυλική στήλη	<input type="checkbox"/> Λεκάνη	<input type="checkbox"/> Κάτω άκρα-πόδια	
16. Θηλασμός <input type="checkbox"/>			

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ιατρός κ. \_\_\_\_\_,  
με βάση το ιστορικό του και αφού εξέτασα κλινικά την / τον κ. \_\_\_\_\_  
γνωματεύω ότι δύνανται να γυμναστεί και τον / την κρίνω ικανό /νη να συμμετάσχει στα προγράμματα φυσικής δραστηριότητας και άθλησης χωρίς να διατρέχει κίνδυνο για την υγεία της/του.

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ / ΣΦΡΑΓΙΔΑ