ΣΚΟΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
HELLENIC SHOOTING FEDERATION

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΚΟΕ: .....
HSF REGISTRATION NR

Θέση φωτογραφίας
(Σφραγίζεται επίσης
από τον Ιατρό)

ΟΝΟΜΑ: .....
NAME
ΕΠΩΝΥΜΟ: .....
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 ιατρου (Υποχρεωτικά και επάνω στη φωτογραφία)
Doctor's name and seal
(mandatorily also on the photograph)