



# Αίτηση έκδοσης κάρτας Άθλησης

## Στο ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΑΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

ΠΡΟΣ : την ΑΝΤΙΔΗΜΑΡΧΙΑ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

### Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

Επώνυμο:	Όνομα:	
Όνομα Πατρός:		
Ημερομηνία Γέννησης:	Επάγγελμα:	
Διεύθυνση Κατοικίας:	T. K.:	
Περιοχή Κατοικίας:	Δήμος:	
Τηλ. Σταθερό:	Τηλ. Κινητό 1:	
Τηλ. Εκτ. Ανάγκης:	Τηλ. Κινητό 2:	
email:	Αρ. Αστ. Ταυτ/τας ή Διαβατηρίου:	Ομάδα Αίματος:

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

Όνοματεπώνυμο :	
Επάγγελμα :	
Διεύθυνση Κατοικίας :	T.K:
Τηλ. Σταθερό:	Τηλ. Κινητό :
Αρ. Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου :	e-mail:

### Γ. ΤΟΜΕΑΣ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ (ΑΘΛΗΣΗΣ)

Περπάτημα	<input type="checkbox"/>	Ποδόσφαιρο 5χ5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Τρέξιμο	<input type="checkbox"/>	Βόλεϊ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Μπάσκετ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. επιθυμώ να κάνω χρήση Αθλητικών χώρων του ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΑΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ που έχει θέσει ο Δήμος Πατρέων στη διάθεση των δημοτών
2. Τα στοιχεία που αναγράφονται στην αίτηση μου είναι ακριβή
3. Διάβασα, κατανόησα και αποδέχομαι τους όρους χρήσης των αθλητικών χώρων
4. Αποδέχομαι να λάβουν γνώση των στοιχείων της παρούσης τα μέλη της επιτροπής εξέτασης της αίτησης.

Ημερομηνία: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Ο Υποψήφιος Αθλούμενος,	Για τον ανήλικο Υποψήφιο Αθλούμενο ο Κηδεμόνας*
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

\* Η εγγραφή ανήλικου 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 ΚΑΡΤΩΝ ΑΘΛΗΣΗΣ ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΑΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ		Ημερ. Παραλαβής: ___ / ___ / ___
ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΑΡΤΑΣ		Υπογραφή Υπαλλήλου:

**Δ. 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) Άσθμα ή 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 θυρεοειδή	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 το 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"/> Ώμους	<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 δύναται να γυμναστεί και τον/την κρίνω ικανό/νη να συμμετάσχει στα προγράμματα φυσικής δραστηριότητας και άθλησης χωρίς να διατρέχει κίνδυνο για την υγεία της/ου.

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

ΥΠΟΓΡΑΦΗ / ΣΦΡΑΓΙΔΑ