



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΔΟΣ:..... ΑΡΙΘΜΟΣ: ..... ΤΚ:.....

ΠΕΡΙΟΧΗ:..... ΠΟΛΗ:.....

ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: ..... ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

ΣΤΑΘ.ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ..... ΚΙΝΗΤΟ: .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ..... ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ: .....

Email: .....

ΔΗΜΟΤΗΣ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ      ΝΑΙ.....      ΟΧΙ .....

- 1) ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ: ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟ Η ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ(ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΑΣ ΤΟΝ ΣΕΠΤΕΜΒΡΗ)
- 2) ΤΗΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΦΥΛΑΞΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ ΤΗΝ ΕΧΟΥΝ ΟΙ ΜΑΘΗΤΕΣ. Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΔΕΝ ΦΕΡΕΙ ΚΑΜΙΑ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΤΥΧΟΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ .
- 3) ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΕ ΤΟΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΓΙΑ ΤΥΧΟΝ ΧΡΟΝΙΑ Η΄ ΕΚΤΑΚΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ .

### **ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

ΕΧΩ ΚΑΛΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΜΑΙ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ: ΝΑΙ .....      ΟΧΙ.....

ΑΝΗΚΩ ΣΕ ΟΜΑΔΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΔΙΟΤΙ:.....

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΧΘΕΙ ΤΟ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑ:.....

ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΟΥ ΔΕΣΜΕΥΟΜΑΙ

1. ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΗ ΚΑΙ ΕΧΩ ΕΞΕΤΑΣΤΕΙ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΔΙΚΗΣ ΜΟΥ ΕΠΙΛΟΓΗΣ.
2. ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΝΑ ΕΜΠΟΔΙΖΕΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ
3. ΕΙΜΑΙ ΕΝΗΜΕΡΟΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΑΛΛΑΣΣΩ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΜΟΥ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ .....

Ο ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ