



# Αίτηση Μέλους

(ΑΘΛΗΤΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ-ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ)

**Προς : ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΕ ΟΤΑ**

## Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

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

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟ: <input type="checkbox"/>	ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ: <input type="checkbox"/>
ΕΝΕΡΓΟΣ ΑΘΛΗΤΗΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ: <input type="checkbox"/>	ΜΕΛΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ: <input type="checkbox"/>

**ΣΩΜΑΤΕΙΟ η ΟΜΑΔΑ ΕΡΓ. ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ:**

~~ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΕΓΓΡΑΦΕΣΤΕ ΣΕ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ :~~ ~~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 ) :	Τηλ. Επικοινωνίας ( 2 ) :
(ΠΡΩΙΝΕΣ ΩΡΕΣ)	(ΚΙΝΗΤΟ)
Τηλ. Επικοινωνίας ( 3 ) :	e-mail :
(FAX)	
Αριθμός Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου :	

Με την παρούσα δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω στα πλαίσια των αθλητικών μου δραστηριοτήτων στο Δημοτικό Κολυβητήριο ή/και Δημοτικό Γυμναστήριο και να κάνω χρήση των εγκαταστάσεων του ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ και των άλλων αθλητικών κέντρων και ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στην αίτηση μέλους είναι ακριβή. Διάβασα, κατανόησα και αποδέχομαι τους όρους οργάνωσης και λειτουργίας των αθλητικών Κέντρων του Δήμου Ηρακλείου και το κανονισμό λειτουργίας του Παγκρητίου Σταδίου και αποδέχομαι να λάβουν γνώση των στοιχείων της παρούσης τα μέλη της επιτροπής εξέτασης της αίτησης.

Ημερομηνία : ----- /----- /-----

Το υποψήφιο μέλος,  <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <span>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ</span> <span>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</span> </div>	Για το ανήλικο τέκνο υποψήφιο μέλος ο κηδεμόνας,*  <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <span>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ</span> <span>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</span> </div>
---	--

\* Η εγγραφή ανήλικου μέλους 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 ΔΑΠΚΗ:

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	

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ιατρός κ. \_\_\_\_\_,  
εξέτασα την / τον κ. \_\_\_\_\_ και τον / την κρίνω ικανό /νη  
να συμμετάσχει στις δραστηριότητες άθλησης με την ομάδα του στο Παγκρήτιο Στάδιο χωρίς να διατρέχει  
κίνδυνο για την υγεία της/του.

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

ΥΠΟΓΡΑΦΗ / ΣΦΡΑΓΙΔΑ

## Δ.2 ΓΕΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

1. Υπεύθυνη δήλωση άρθρο 8, ν. 1599/1986, ότι δεν έχει καταδικασθεί για θέματα βίας σε αθλητικούς χώρους. κ.λ.π (δίδεται από την υπηρεσία).
2. Υπογραφή της αίτησης από τον ιατρό του σωματείου (οπίσθια όψη αίτησης).
3. Για αλλοδαπούς: διαβατήριο σε ισχύ ή βίζα ή πράσινη κάρτα (σε περίπτωση λήξης της κάρτας βεβαίωση κατάθεσης για ανανέωση).

## Δ3. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟ :

### Γυναίκες – Άνδρες – Παιδιά άνω 12 ετών:

1. Βεβαίωση Γυναικολόγου ή Ουρολόγου.
2. Βεβαίωση Δερματολόγου για την υγεία του δέρματος.
3. Βεβαίωση Παθολόγου ή Καρδιολόγου για θέματα (συμπεριλαμβάνεται στην παρούσα αίτηση και πρέπει να υπογραφεί από τον ιατρό).

### Παιδιά 4 – 12 ετών:

Βεβαίωση παιδίατρου ότι μπορούν αθληθούν και δεν έχουν δερματολογικά ή άλλα προβλήματα

## Δ4. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ (ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ):

1. Αντίγραφο δελτίου αθλητού στο οποίο να φαίνεται ότι ο αθλητής είναι ενεργό. (Σε περίπτωση που για τον αθλητή δεν έχει εκδοθεί δελτίο αθλητού, γίνεται αποδεκτή η εγγραφή προσωρινά με Υπεύθυνη Δήλωση του σωματείου στο οποίο υπογράφει ο Πρόεδρος ή προπονητής και η οποία έχει προσωρινή ισχύ ενός μηνός μέχρι έκδοσης του δελτίου αθλητικής ταυτότητας).
2. Υπεύθυνη δήλωση άρθρο 8, ν. 1599/1986, ότι δεν έχει καταδικασθεί για θέματα βίας σε αθλητικούς χώρους. κ.λ.π.
3. Υπογραφή της αίτησης από τον ιατρό του σωματείου (οπίσθια όψη αίτησης).
4. Για αλλοδαπούς: διαβατήριο σε ισχύ ή βίζα ή πράσινη κάρτα (σε περίπτωση λήξης της κάρτας βεβαίωση κατάθεσης για ανανέωση).

## ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΑΘΛΗΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

### ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Σπύρου Μουστακλή 1, Περιοχή Λίντο, Παγκρήτιο Στάδιο ΘΥΡΑ 9  
Τηλ. Επικοινωνίας: 2810 264 560 / FAX: 2810 264 573

### ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Νίκου Ξυλούρη και Σόλωνος Γωνία, 71306 Πατέλες, Ηράκλειο Κρήτης  
Τηλ. Επικοινωνίας: 2810 215 080/ FAX: 2810 215090  
[www.daoh.gr](http://www.daoh.gr). Email: [info@daoh.gr](mailto:info@daoh.gr)

### ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Σπύρου Μουστακλή 1, Περιοχή Λίντο, Παγκρήτιο Στάδιο ΘΥΡΑ 12  
Τηλ. Επικοινωνίας: 2810 264 560 / FAX: 2810 264 573

**Held desk αθλητικών κέντρων: 2810 264 560**