



**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ – ΕΛΛΗΝΑ ΑΘΛΗΤΗ ΑΠΟ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ**  
(Αγωνιστική περίοδος 2018 – 2019)

Προς Ομοσπονδία Χειροσφαιρίσεως Ελλάδος:

Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ να εγγραφώ στο Σωματείο.....

Θέση  
Φωτογραφίας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ..... ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....  
ΟΝΟΜΑ..... ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΑΔΤ.....  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ..... ΤΗΛ.....  
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ..... Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ-ΠΟΛΗ.....  
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ..... ΟΔΟΣ..... ΑΡ.....  
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....  
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ.....  
ΧΩΡΑ.....

- Αγωνιζόμουν με καθεστώς συμβολαίου:  Ναι  Όχι.
- Ημερομηνία λήξης τελευταίου συμβολαίου: .....
- Θα αγωνίζομαι με καθεστώς συμβολαίου:  Ναι  Όχι.
- Ημερομηνία λήξης συμβολαίου: .....
- Μεταγραφή:  Με δανεισμό  Απεριόριστης διάρκειας.

Βεβαιώνω ότι έλαβα γνώση του Καταστατικού και του Εσωτερικού Κανονισμού της Ο.Χ.Ε. και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τις διατάξεις τους.

Ημερομηνία .....

Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ

Ομοσπονδία Χειροσφαιρίσεως Ελλάδος  
1979  
.....  
(Υπογραφή)

Βεβαιώνεται υπεύθυνα η ταυτότητα και το γνήσιο της υπογραφής του παραπάνω αθλητή – αθλήτριας.

.....  
(Ημερομηνία)

Ο Γενικός Γραμματέας του Σωματείου.....

.....  
(Υπογραφή –Σφραγίδα Σωματείου – Ονοματεπώνυμο)

- Ο αριθμός μητρώου και πρωτοκόλλου συμπληρώνεται από την Ο.Χ.Ε.

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ

Για την εγγραφή αθλητή/τριας απαιτούνται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- α) Υπογραφή έντυπης αίτησης εγγραφής αθλουμένου μέλους Αθλητικού Σωματείου.
- β) Δύο πρόσφατες φωτογραφίες
- γ) Βεβαίωση στην αίτηση εγγραφής για την υγεία του αθλητή/τριας από αθλητίατρο ή παθολόγο με σφραγίδα και υπογραφή
- δ) Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο διαβατηρίου ή ΑΔΤ
- ε) Αντίγραφο συμβολαίου εάν πρόκειται για μετεγγραφή με καθεστώς συμβολαίου
- στ) Υπεύθυνη δήλωση του αθλητή ότι έχει επιστρέψει στην Ελλάδα και ότι επιθυμεί να αγωνιστεί σε ελληνικό σωματείο (εφόσον πρόκειται για αθλητή που ανήκε παλαιότερα στο μητρώο της ΟΧΕ)

### **ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνεται ότι ο αθλητής- αθλήτρια είναι ΥΓΙΗΣ και μπορεί χωρίς βλάβη της υγείας του, να μετέχει στις προπονήσεις και αγώνες του Σωματείου του.

.....

(Ημερομηνία)  
Ο Ιατρός του Σωματείου

.....

(Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού)