



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΕΣΧΗ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΗΓΗΣΕΩΝ (ΕΛΠΑ)
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΓΩΝΩΝ (ΕΘ.Ε.Α.)

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 395 ΑΓΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 153 43 ΤΗΛ: 210 6068885 FAX: 210 6068982

ΙΑΤΡΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....ΟΝΟΜΑ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΠΟΛΗ/ΤΚ.....

1. ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Α. Οξύτητα όραση (χωρίς διόρθωση): ΔΕ..... ΑΡ.....

Οξύτητα όρασης (με διόρθωση) : ΔΕ..... ΑΡ.....

Β. Οραση με τους 2 οφθαλμούς:.....

Γ. Οραση χρωμάτων:.....

Δ. Πεδίο όρασης.....

Ε. Στερεοσκοπική όραση:.....

ΣΤ. Σε περίπτωση χρήσης φακών επαφής:

α) τους φοράει πάνω από 12 μήνες:.....

β) είναι κατάλληλοι για χρήση σε αγώνες:.....

Ημερομηνία εξέτασης/...../.....

Ο εξεταστής οφθαλμίατρος

.....
(σφραγίδα, υπογραφή)

2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Α. Ομάδα αίματος και RHESUS.....

Β. Γενική Ιατρική εξέταση (αλλεργίες, διαβήτης, επιληψία, αντιτετανικός, άλλες παθήσεις, λήψη φαρμάκων, αρτηριακή πίεση).....
.....
.....
.....

Γ. Ορθοπεδική εξέταση: (άνω & κάτω άκρα, κινητικότητα).....
.....
.....

Δ. Ηλεκτροκαρδιογράφημα κόπωσης για τους μεγαλύτερους των 40 ετών:.....
.....
.....

Ημερομηνία εξέτασης/...../.....

Ο εξεταστής ιατρός

.....
(σφραγίδα, υπογραφή)

ΣΥΝΟΛΙΚΑ:.....
AU TOTAL :.....

Ικανός να συμμετέχει σε αγώνες μηχανοκίνητου αθλητισμού σύμφωνα με τις απαιτήσεις της FIA / FIM.

Capable de participer a la competition suivant les exigences medicales de la FIA / FIM.

Οραση διορθωμένη (γυαλιά ή φακοί επαφής):	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Vision corrigée (lunettes ou lentilles)	OUI	NON

Ειδική ιατρική παρακολούθηση:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Surveillance Médicale particulière	OUI	NON

Ημερομηνία/...../..... Σφραγίδα, υπογραφή.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΓΩΝΙΖΟΜΕΝΟΥ

Ο υπογεγραμμένος αγωνιζόμενος δηλώνω ότι έδωσα στους ιατρούς τις σωστές πληροφορίες σχετικά με την φυσικοψυχολογική μου κατάσταση και τις παλαιότερες πάθησή μου, καθώς και ότι ΔΕΝ χρησιμοποιώ φαρμακευτικές ουσίες.

Ο υπευθύνως δηλών.....υπογραφή

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ

- A. Επίσκεψη σε οφθαλμίατρο ο οποίος συμπληρώνει την εξέταση I
- B. Επίσκεψη σε καρδιολόγο εάν έχει κλείσει το 40^ο έτος
- Γ. Επίσκεψη σε ιατρό ο οποίος συμπληρώνει την εξέταση II
- Δ. Ο αγωνιζόμενος υπογράφει την υπεύθυνη δήλωση
- Ε. Η ΕΘΕΑ υπογράφει την συνολική εκτίμηση και παραδίδει το έντυπο στον αγωνιζόμενο, κρατώντας φωτοαντίγραφο στο φάκελλο
- ΣΤ. Το παρόν έντυπο ισχύει για το έτος που εκδόθηκε