



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΛΑΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ - ΓΡΑΦΕΙΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΕΝΤΥΠΟ 1

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΑΓΩΝΑΣ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟΥ
ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΜΗ
20 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021, ώρα έναρξης 10.00π.μ.
ΚΛΕΙΣΤΟ ΓΗΠΕΔΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΟΥ ΜΑΚΑΡΙΟΥ Γ' (ΠΛΑΤΥ)

Δ Η Λ Ω Σ Η Σ Υ Μ Μ Ε Τ Ο Χ Η Σ

(ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ)

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ:

ΟΝΟΜΑ ΠΡΟΠΟΝΗΤΗ / ΣΥΝΟΔΟΥ:

ΤΗΛ. ΠΡΟΠΟΝΗΤΗ / ΣΥΝΟΔΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΡΡΕΝΩΝ	
1.	
2.	

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΘΗΛΕΩΝ	
1.	
2.	

.....
Υπογραφή
Προπονητή/Συνοδού

.....
Ημερομηνία

.....
Υπογραφή
Διευθυντή/Διευθύντριας
(Σφραγίδα Σχολείου)



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΛΑΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ - ΓΡΑΦΕΙΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΕΝΤΥΠΟ 2

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΑΓΩΝΑΣ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟΥ
ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΜΗ
20 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021, ώρα έναρξης 10.00π.μ.
ΚΛΕΙΣΤΟ ΓΗΠΕΔΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΟΥ ΜΑΚΑΡΙΟΥ Γ' (ΠΛΑΤΥ)

Ε Γ Κ Ρ Ι Σ Η Σ Υ Μ Μ Ε Τ Ο Χ Η Σ
(Γ Ι Α Α Τ Ο Μ Α Μ Ε Ο Π Τ Ι Κ Η Α Ν Α Π Η Ρ Ι Α)

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΘΛΗΤΗ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ :

Εγώ ο/η υποφαινόμενος / η

(πατέρας/μητέρα/κηδεμόνας) του/της πιο πάνω αθλητή/τριας, εγκρίνω τη συμμετοχή του/της στον σχολικό αγώνα ενοποιημένου Ποδοσφαίρου για άτομα με οπτική αναπηρία και μη, στο κλειστό γυμναστήριο του Γυμνασίου Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ' (Πλατύ).

Σε περίπτωση ασθενείας ή ατυχήματος, δίνω τη συγκατάθεσή μου για άμεση ιατρική περίθαλψη.

.....
(Υπογραφή πατέρα/ μητέρας/ κηδεμόνα)



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΛΑΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ - ΓΡΑΦΕΙΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΕΝΤΥΠΟ 3

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΑΓΩΝΑΣ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟΥ
ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΜΗ
20 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021, ώρα έναρξης 10.00π.μ.
ΚΛΕΙΣΤΟ ΓΗΠΕΔΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΟΥ ΜΑΚΑΡΙΟΥ Γ' (ΠΛΑΤΥ)

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ
(ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ)

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΑΘΛΗΤΗ / ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ :

Εγώ ο/η υπογράφων/ υπογράφουσα

Ιατρός, δηλώνω ότι έχω εξετάσει τον/την πιο πάνω αθλητή/αθλήτρια και πιστοποιώ ότι μπορεί να συμμετάσχει στον σχολικό αγώνα ενοποιημένου Ποδοσφαίρου για άτομα με οπτική αναπηρία και μη, ως αναγράφεται πιο πάνω.

.....
Υπογραφή Ιατρού (Σφραγίδα)

.....
Ημερομηνία