

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ  
ΦΟΡΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΘΛΗΤΗ**

\_\_\_\_\_

Επώνυμο Αθλητή

\_\_\_\_\_

Όνομα Αθλητή

\_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης Αθλητή (ηη μμ εε)

Γυναίκα  Άνδρας  
Φύλο

Παρακαλούμε σημειώστε (✓) Ναι ή Όχι σε κάθε μία από τις παρακάτω ερωτήσεις.

- Ναι  Όχι Μπορεί να εκτελέσει μία κανονική ρίψη με μία μπάλα του τένις;  
 Ναι  Όχι Περπατάει χωρίς βοήθεια ή με τεχνικά βοηθήματα (βοήθημα βάδισης, μπαστούνι, κ.λπ.) για τουλάχιστον 10 μέτρα;  
 Ναι  Όχι Μπορεί να κινηθεί με ένα χειροκίνητο αναπηρικό αμαξίδιο για μια απόσταση 10 μέτρων;  
 Ναι  Όχι Μπορεί να κινηθεί με ένα ηλεκτροκίνητο αναπηρικό αμαξίδιο για μια απόσταση 10 μέτρων;  
 Ναι  Όχι Μπορεί να κολυμπήσει μια απόσταση 15 μέτρων με ή χωρίς τη χρήση βοηθημάτων επίπλευσης;

Αν ο αθλητής σας μπορεί να κάνει οποιοδήποτε από τα παραπάνω, είναι κατάλληλος για τα αγωνίσματα χαμηλής ικανότητας των Special Olympics.

Παρακαλούμε σημειώστε με ✓ ένα από τα παρακάτω.

- Ο αθλητής είναι κατάλληλος για αγωνίσματα χαμηλής ικανότητας των Special Olympics.  
 Ο αθλητής είναι κατάλληλος για το Πρόγραμμα Εξάσκησης Κινητικών Δεξιοτήτων (MATP).

\_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή

\_\_\_\_\_

Ημερομηνία