

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΙΑΤΡΟΣ (όνομα, επίθετο) : _____

ΓΕΝΝΗΘΕΙΣ/ΣΑ (πόλη, χώρα) : _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (η/μ/ε) : _____ / _____ / _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

Λαμβάνοντας υπόψη την ιατρική εξέταση στην οποία υποβλήθηκε στις (η/μ/ε/) _____ / _____ / _____ και η οποία εξέταση περιλάμβανε πλήρες ιατρικό check-up, ηλεκτροκαρδιογράφημα και σπιρομέτρηση, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

ο/η (όνομα και επίθετο αθλητή/τριας) _____

ΓΕΝΝΗΘΕΙΣ/ΣΑ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (η/μ/ε) : _____ / _____ / _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: _____

είναι σε καλή κατάσταση και δύναται να λάβει μέρος σε αγώνες έντονης σωματικής προσπάθειας. Το Πιστοποιητικό αυτό αποτελεί βεβαίωση της ικανότητας του ως άνω αναφερόμενου αθλητή/τριας να αγωνιστεί σε υψηλό αθλητικό επίπεδο.

Το πιστοποιητικό θεωρείται έγκυρο για χρονική περίοδο ενός έτους από την υπογραφή του.

ΠΟΛΗ, ΧΩΡΑ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (Η/Μ/Ε) : _____ / _____ / _____

Ο ΙΑΤΡΟΣ (ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ)