

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ

Βεβαιώνεται ότι ο/η ΤΟΥ

.....

Είναι υγιής και μπορεί να συμμετέχει σε όλες τις αθλητικές δραστηριότητες.

Ημερομηνία/...../.....

Ο Ιατρός

.....

(σφραγίδα υπογραφή)

Παρατηρήσεις

1. Έχει αλλεργία σε κάποιο φάρμακο, φαγητό ή κάτι άλλο;

2. Υπάρχει κάποιο πρόβλημα το οποίο πρέπει να γνωρίζουμε;
