

Ιατρική Βεβαίωση

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ιατρός, ειδικότητας,
βεβαιώνω ότι ο/η εξετασθείς/είσα του/της,
με Α.Δ.Τ., δεν παρουσιάζει κλινικά σημεία ή συμπτώματα που να
αντενδείκνυαν
τη συμμετοχή του/της σε αθλητικές ή γυμναστικές δραστηριότητες.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για χρήση σε γυμναστήριο και ισχύει για ένα (1) έτος από
την ημερομηνία έκδοσής της.

Ημερομηνία:

Σφραγίδα – Υπογραφή Ιατρού