

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός...........................................................................................................

εξέτασε τον/την ......................................................................του..............................

με ημερομηνία γέννησης , παρέλαβε το έντυπο ιατρικού

ιστορικού που συμπλήρωσε ο εξεταζόμενος και βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα της κλινικής εξέτασης …………/…………../2020 δεν εμφάνισε συμπτώματα πυρετού, βήχα, δύσπνοιας, πονόλαιμου, κόπωσης, μυαλγίας, ανοσμίας. Ο αθλητής βρέθηκε υγιής, και μπορεί να συμμετάσχει σε αθλητική προπόνηση μπάσκετ

**Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο σε αθλητικές εγκαταστάσεις.**

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

………………………….

\*Tο έντυπο του σχετικού ιατρικού ιστορικού τηρείται στο ιατρείο του υπογράφοντος