**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ (για άτομα έως 14 ετών)**

Απαιτείται για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες

**ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ Ή ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ Ή ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ**

 **(για άτομα άνω των 15 ετών)**

Απαιτείται για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η………………………………………………..……………. δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες.

......./......../...............

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή & σφραγίδα)