

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

(Συμπληρώνεται από τον ιατρό)

Βεβαιώνεται ότι ο μαθητής :

.....

δεν έχει κώλυμα υγείας και μπορεί να συμμετάσχει σε όλες τις αθλητικές δραστηριότητες .

Ημερομηνία/...../2017

Ο ΙΑΤΡΟΣ

.....

(υπογραφή –σφραγίδα)

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. Έχει κάνει τα προβλεπόμενα εμβόλια ;.....

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

.....

3. Υπάρχει κάποιο πρόβλημα , που πρέπει να γνωρίζουν

οι υπεύθυνοι ;

.....

ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΗ ΓΟΡΤΥΝΟΣ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΕΩΣ

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ 2017