

## 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.

**Η παρούσα εκδίδεται για τη συμμετοχή του παραπάνω αναφερόμενου/νης αθλητή/τριας στα αγωνίσματα πάνω από 400μ. καθώς και στα αγωνίσματα των Σκυταλοδρομιών.**

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

.....

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