



## 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 την είσοδο σε αθλητικές εγκαταστάσεις.**

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

.....

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