

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η ιατρός*..... με ειδικότητα*
..... βεβαιώνει ότι
ο/η.....είναι υγιής και αρτιμελής
σε βαθμό που δεν δημιουργεί πρόβλημα στην παρακολούθηση της
διδασκαλίας του αθλήματος της **ΠΕΤΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ**
Η παρούσα εκδίδεται για την συμμετοχή του/ της σε Σχολή
Προπονητών της Γ.Γ.Α.

Ημερομηνία

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

...../...../2023

* Ιδιώτης/ή από Δημόσιο Νοσοκομείο, Ιατρός Παθολόγος ή Ιατρός
Γενικής Ιατρικής ή Οικογενειακός ιατρός