

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 ΤΡΟΧΟΣΑΝΙΔΑΣ ΚΑΙ ΡΟΛΕΡΣ Γ
ΕΠΙΠΕΔΟΥ.

Η παρούσα εκδίδεται για την συμμετοχή του/ της σε Σχολή Προπονητών
της Γ.Γ.Α.

Ημερομηνία

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

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