

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1:



ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός.....
εξέτασε τον/τηντου.....
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