



ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η ιατρός.....

βεβαιώνει ότι, ο/ηΤΟΥ.....

με ημερομηνία γέννησης είναι υγιής και χωρίς
συμπτώματα λοίμωξης COVID-19.

Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο σε αθλητικές εγκαταστάσεις.

Ημερομηνία

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

..... /..... / 2020

.....

*Το σχετικό ιατρικό ιστορικό και τα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων τηρούνται στο ιατρείο του υπογράφοντος