

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο ιατρός \_\_\_\_\_  
αφού εξέτασα τον/την αθλητή-αθλήτρια \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ του \_\_\_\_\_  
και της \_\_\_\_\_, γενν. στ \_\_\_\_\_ το έτος  
\_\_\_\_\_, κάτοικο \_\_\_\_\_

Βεβαιώνω υπεύθυνα ότι βρέθηκε κλινικά υγιής και με βάση το ατομικό-κληρονομικό ιστορικό και την κλινική εξέταση, δύναται να συμμετέχει σε επιτηρούμενες αθλητικές δραστηριότητες και στο άθλημα της πετοσφαίρισης.

.....  
(Ημερομηνία)

Ο Ιατρός

.....  
(Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού)