

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Για Συμμετοχή σε Πρόγραμμα Άσκησης / Γυμναστηρίου

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ιατρός

Ειδικότητα _____

Βεβαιώνω ότι ο/η:

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία Γέννησης: ____ / ____ / ____

Αριθμός Ταυτότητας / Διαβατηρίου: _____

Υποβλήθηκε σε ιατρική εξέταση την ____ / ____ / ____ και, κατόπιν κλινικού ελέγχου:

Δεν παρουσιάζει αντενδείξεις για συμμετοχή σε πρόγραμμα γυμναστικής και δύναται να συμμετέχει σε δραστηριότητες φυσικής άσκησης.

Μπορεί να συμμετέχει σε πρόγραμμα άσκησης με τις ακόλουθες συστάσεις / περιορισμούς:

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για κάθε νόμιμη χρήση και ειδικότερα για εγγραφή και συμμετοχή σε γυμναστήριο.

Ισχύς βεβαίωσης: ____ μήνες.

Τόπος έκδοσης _____

Ημερομηνία

____ / ____ / ____

Ο/Η Ιατρός

Υπογραφή

Σφραγίδα
