

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 των αθλημάτων του ΤΣΙΡΛΙΝΤΙΝΓΚ-ΑΘΛΗΤΙΚΟΥ ΟΜΑΔΙΚΟΥ
ΧΟΡΟΥ και ΜΠΡΕΪΚΙΝΓΚ.

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

Ημερομηνία

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

* Ιατρός Παθολόγος ή Γενικής Ιατρικής (Ιδιώτης ή Δημόσιο Νοσοκομείο)