ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Επωνυμία Συλλόγου: Πολιτιστικός Επιμορφωτικός Σύλλογος Τυχεριωτών Αλεξανδρούπολης
Δραστηριότητα: Μαθήματα Αυτοάμυνας | Γυμναστική | Pilates
Διεύθυνση: Δήμητρας 26 & Περσεφόνης γωνία, 68100, Αλεξανδρούπολη
Τηλέφωνο / Email: 25511 11881 | pestatyx2013@gmail.com

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Βεβαιώνεται ότι ο/η:

Ονοματεπώνυμο: ……

Πατρώνυμο: ……

Ημερομηνία Γέννησης: …… / …… / ……

εξετάστηκε από εμένα και, σύμφωνα με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και το ιατρικό του/της ιστορικό, δεν παρουσιάζει παθολογικά προβλήματα και κρίνεται κατάλληλος/η για τη συμμετοχή του/της σε μαθήματα **αυτοάμυνας | γυμναστικής | Pilates** (***διαγράψτε ανάλογα***), στο πλαίσιο των οργανωμένων δραστηριοτήτων του ανωτέρω συλλόγου.

Η παρούσα βεβαίωση εκδίδεται για χρήση αποκλειστικά για τη συμμετοχή στις δραστηριότητες του συλλόγου και ισχύει έως: ……

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ονοματεπώνυμο Ιατρού: ……

Ειδικότητα: ……

Α.Μ. Ιατρικού Συλλόγου: ……

Ημερομηνία Εξέτασης: …… / …… / ……

Υπογραφή Ιατρού: _____

Σφραγίδα: