



## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η ιατρός.....

βεβαιώνει ότι, ο/η .....ΤΟΥ.....

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