



ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός.....

Εξέτασα σήμερα τον/την

του..... με ημερομηνία γέννησης.....

Παρέλαβα το έντυπο ιατρικού ιστορικού που συμπλήρωσε ο εξεταζόμενος και

βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα της κλινικής εξέτασης/...../2021 δεν

εμφάνισε συμπτώματα πυρετού, βήχα, δύσπνοιας, πονόλαιμου, κόπωσης, μυαλγίας ή

ανοσμίας.

Ο εξεταζόμενος επίσης δηλώνει ότι δεν έχει έλθει σε επαφή με άτομο με

επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις τελευταίες 48 ώρες.

Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο σε αθλητικές εγκαταστάσεις.

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

.....