

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο ιατρός..... με ειδικότητα
*..... βεβαιώνει ότι
ο/ηείναι υγιής και
αρτιμελής σε βαθμό που δεν δημιουργεί πρόβλημα στην
παρακολούθηση της διδασκαλίας του αθλήματος της Χειροσφαίρισης.
Η παρούσα εκδίδεται για την συμμετοχή του/της σε Σχολή Προπονητών
της Γ.Γ.Α.

Ημερομηνία

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

* Ιδιώτης Ιατρός Παθολόγος ή Ιατρός Γενικής Ιατρικής ή από
Δημόσιο Νοσοκομείο