**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ 2023-2024**

**Άθληση - Κολυμβητήριο**

Βεβαιούται ότι ο/η ................................................................................................ του ............................................ εξετάστηκε σήμερα από τον υπογράφοντα / την υπογράφουσα ιατρό.

1. Με βάση το ιστορικό και τα ευρήματα από την κλινική εξέταση δεν προκύπτουν στοιχεία τα οποία αποτελούν αντένδειξη για τη συμμετοχή του / της σε οργανωμένες και επιτηρούμενες αθλητικές δραστηριότητες.
2. Από την εξέταση του δέρματός του/της δεν προκύπτουν παθολογικά ευρήματα.

Ως εκ τούτου δύναται να συμμετέχει σε όλες τις αθλητικές δραστηριότητες των Ειδικών Προγραμμάτων 2023 - 24 (συμπεριλαμβανομένης της κολύμβησης).

Ημερομηνία: …... / …… / 202..

Ο/Η ιατρός

……………………………..

(υπογραφή – σφραγίδα)