**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**Άθληση - Κολυμβητήριο**

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

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 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 (συμπεριλαμβανομένης της κολύμβησης) του Προγράμματος Άσκηση- Άθληση, των Ειδικών Προγραμμάτων, των Θερινών Προγραμμάτων και κάθε άλλου συναφούς με τα παραπάνω, προαιρετικής παρακολούθησης προγράμματος του Ε.Ε.Ι., το οποίο θα διεξαχθεί κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2023 -2024.

Ημερομηνία: …... / …… / 202..

Ο/Η ιατρός

……………………………..

(υπογραφή – σφραγίδα)