**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ 2023-2024**

**Άθληση**

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

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.

Ως εκ τούτου δύναται να συμμετέχει σε όλες τις αθλητικές δραστηριότητες των Ειδικών Προγραμμάτων 2023 – 24.

Ημερομηνία: …... / …… / 202..

Ο/Η ιατρός

……………………………..

(υπογραφή – σφραγίδα)