**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

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 δραστηριότητες.
2. Από την εξέταση του δέρματός του δεν προκύπτουν παθολογικά ευρήματα.

Ως εκ τούτου δύναται να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες των Θερινών Προγραμμάτων 2023 (συμπεριλαμβανομένης της κολύμβησης).

Ημερομηνία: …... / …… / 2023

Ο/Η ιατρός

……………………………..

(υπογραφή – σφραγίδα)