**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Ο/Η κάτωθι ιατρός...........................................................................................................

εξέτασε τον/την ......................................................................του..............................

με ημερομηνία γέννησης , παρέλαβε το έντυπο ιατρικού

ιστορικού που συμπλήρωσε ο εξεταζόμενος και βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα της κλινικής εξέτασης …………/…………../2020 δεν εμφάνισε συμπτώματα πυρετού, βήχα, δύσπνοιας, πονόλαιμου, κόπωσης, μυαλγίας, ανοσμίας.

**Η παρούσα εκδίδεται για τη συμμετοχή του παραπάνω αναφερόμενου/νης αθλητή/τριας στα αγωνίσματα πάνω από 400μ. καθώς και στα αγωνίσματα των Σκυταλοδρομιών.**

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

………………………….

\*Tο έντυπο του σχετικού ιατρικού ιστορικού τηρείται στο ιατρείο του υπογράφοντος