**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Ο/Η ιατρός\*...............……………………………..……….… με ειδικότητα\* ………………………………………………………..….….. βεβαιώνει ότι ο/η……………………………….………………….είναι υγιής και αρτιμελής σε βαθμό που δεν δημιουργεί πρόβλημα στην παρακολούθηση της διδασκαλίας αθλημάτων.

Η παρούσα εκδίδεται για την συμμετοχή του/ της στη Σχολή Προπονητών Επιτραπέζιας Αντισφαίρισης της Γ.Γ.Α.

**Ημερομηνία Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού**

\* **Ιδιώτης/**από **Δημόσιο Νοσοκομείο,** Ιατρός **Παθολόγος** ή Ιατρός **Γενικής Ιατρικής**