**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνεται ότι ο/η

…………………………………………………………………………………..

είναι υγιής σε βαθμό που δεν δημιουργεί πρόβλημα στην παρακολούθηση της διδασκαλίας του αθλήματος της **ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ Γ΄ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΕ ΑΘΗΝΑ-ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ-ΠΑΤΡΑ-ΗΡΑΚΛΕΙΟ**.

Η παρούσα εκδίδεται για την συμμετοχή του/της σε Σχολή Προπονητών της Γ.Γ.Α.

**Ημερομηνία Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού**

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