

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 του αθλήματος.....
Η παρούσα εκδίδεται για την συμμετοχή του/ της σε Σχολή Προπονητών ενιαίας σχολής
προπονητών Φίτνες & Σωματικής Διάπλασης & Άρσης Δραμιών Β' επιπέδου της Γ.Γ.Α.

**Ημερομηνία,
Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού**

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