



Ιατρική Βεβαίωση

Ο / Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ιατρός
εξέτασα σήμερα, την / / 20..... (ημερομηνία) την /τον

.....
και βεβαιώνω ότι δύναται να λάβει μέρος στην κατασκήνωση, καθώς:

1. Δεν πάσχει από μεταδοτικά και από ψυχονευρωτικά νοσήματα (σύμφωνα με το άρθρο 1, παρ. 3,4 Ν. 749/48, ως ισχύει),
2. Δεν πάσχει από κάποιο παθολογικό νόσημα που να απαγορεύει τις αθλητικές δραστηριότητες (συμπ. το μπάνιο στην θάλασσα και την πισίνα),
3. Έχει εμβολιαστεί σύμφωνα με τις ισχύουσες εθνικές διατάξεις υποχρεωτικού εμβολιασμού.
4. Έχει ελεγχθεί το βιβλιário υγείας του/της, το οποίο επισυνάπτεται στο παρόν.
5. Καλύπτεται από αντιτετανικό εμβόλιο που χορηγήθηκε στις / /

..... / / 20.....

Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού

