



## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η ιατρός.....

βεβαιώνει ότι, ο/η .....του.....

με ημερομηνία γέννησης ....., αθλητής/τρια στο άθλημα  
..... είναι υγιής και χωρίς συμπτώματα λοίμωξης COVID-19.

Έχει κάνει μοριακό τεστ PCR για COVID-19\*;      ΝΑΙ       ΟΧΙ

Η παρούσα εκδίδεται για την συμμετοχή του/της για είσοδο και άθληση σε  
αθλητικές εγκαταστάσεις.

Ημερομηνία

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

..... /..... / 2020

.....

\*Το σχετικό ιατρικό ιστορικό και τα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων τηρούνται στο ιατρείο του υπογράφοντος