



DEREE FITNESS PROGRAM

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

Όνομα:	
Επώνυμο:	
Ημερομηνία Γέννησης:	

ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ή ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ (ή ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ για παιδιά)

Ημερομηνία Εξέτασης:	
Ονοματεπώνυμο ιατρού:	
Ειδικότητα:	
Βεβαιώνω ότι ο/η ως άνω είναι υγιής και μπορεί να αθληθεί χωρίς περιορισμούς. ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	
Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού	

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ (ή ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ για παιδιά)

Ημερομηνία Εξέτασης:	
Ονοματεπώνυμο ιατρού:	
Ειδικότητα:	
Βεβαιώνω ότι ο/η ως άνω δεν πάσχει από δερματολογικό νόσημα. ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	
Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού	

Η ιατρική βεβαίωση θα πρέπει να έχει εκδοθεί εντός 3 μηνών από την παραλαβή της για να είναι αποδεκτή.