



MEDICAL CERTIFICATES FOR THE USE OF THE ATHLETIC FACILITIES

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

MEMBER INFORMATION / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ:

Full Name / Όνοματεπώνυμο:	
Date of Birth / Ημερομηνία Γέννησης:	

CARDIOLOGIST OR INTERNIST OR GENERAL PRACTITIONER PRACTICING IN GREECE / ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ Ή ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ Ή ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΑΣΚΕΙ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:

Date of Examination / Ημερομηνία Εξέτασης:	
Full Name / Όνοματεπώνυμο:	
Specialty / Ειδικότητα:	
Medical Registration Number / Αριθμός Μητρώου Ιατρού:	
I confirm that the above-mentioned individual is healthy and fit to exercise without restriction. Βεβαιώνω ότι ο/η άνω είναι υγιής και μπορεί να αθληθεί χωρίς περιορισμούς.	
YES / ΝΑΙ ☐ NO / ΟΧΙ ☐	
Signature and Stamp / Υπογραφή και Σφραγίδα:	

DERMATOLOGIST OR INTERNIST OR GENERAL PRACTITIONER PRACTICING IN GREECE / ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ Ή ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ Ή ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΑΣΚΕΙ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:

Date of Examination / Ημερομηνία Εξέτασης:	
Full Name / Όνοματεπώνυμο:	
Medical Registration Number / Αριθμός Μητρώου Ιατρού:	
I confirm that the above-mentioned individual does not suffer from any skin diseases. Βεβαιώνω ότι ο/η άνω δεν πάσχει από δερματολογικό νόσημα.	
YES / ΝΑΙ ☐ NO / ΟΧΙ ☐	
Signature and Stamp / Υπογραφή και Σφραγίδα:	

The health certificates that are signed by the doctor more than 3 months prior to the date of submission will not be accepted. Any false declaration may result in criminal liability and releases the Deree College Athletic Club from any potential liability.
Η ιατρική βεβαίωση θα πρέπει να έχει εκδοθεί εντός 3 μηνών από την παραλαβή της για να είναι αποδεκτή. Η ψευδής δήλωση δημιουργεί ποινική ευθύνη και απαλλάσσει τον Α.Σ.Κ. Ντερή από οποιαδήποτε τυχόν ευθύνη.