

Ιατρική βεβαίωση για τη χρήση των αθλητικών εγκαταστάσεων και τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες

ΠΡΟΣΟΧΗ: να συμπληρωθούν και υπογραφούν και το Τμήμα Α' και το Τμήμα Β'

Επώνυμο παιδιού _____

Όνομα παιδιού _____

Ημερομηνία γέννησης ___ / ___ / ___

ΤΜΗΜΑ Α – ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (συμπληρώνεται από τον γονέα/κηδεμόνα)

Εμφανίζει ο/η συμμετέχων/ουσα κάποιο ζήτημα υγείας το οποίο θα πρέπει να γνωρίζουμε στο Summer Camp (αλλεργίες, φαρμακευτική αγωγή);

Όχι _____

Εάν ναι, παρακαλούμε περιγράψτε: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Όνοματεπώνυμο _____

Διεύθυνση _____ Πόλη _____ Τ.Κ. _____

Τηλ. _____ Κιν. τηλ. _____

Σχέση/συγγένεια με το παιδί _____

ΤΜΗΜΑ Β – ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (συμπληρώνεται από τον ιατρό)

Εξέτασα τον/την συμμετέχοντα/ουσα και βεβαιώνω ότι δύναται να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες και να χρησιμοποιεί τις αθλητικές εγκαταστάσεις περιλαμβανομένων της πισίνας, του στίβου και των γηπέδων για λόγους αναψυχής.

Ναι _____

Εάν όχι, παρακαλούμε περιγράψτε: _____

Επιπλέον, βεβαιώ ότι εξέτασα τον/την συμμετέχοντα/ουσα και ότι δεν πάσχει από οποιοδήποτε δερματικό νόσημα το οποίο θα αποτελούσε αντένδειξη για τη χρήση της πισίνας.

Ναι _____

Εάν όχι παρακαλούμε περιγράψτε: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο _____

Ειδικότητα _____

Διεύθυνση _____ Πόλη _____

Νομός _____ Τ.Κ. _____

Τηλ. _____ E-mail _____

Υπογραφή/Σφραγίδα _____

Ημερομηνία _____