



# ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός.....  
εξέτασε τον/την.....ΤΟΥ.....  
με ημερομηνία γέννησης....., παρέλαβε το έντυπο ιατρικού  
ιστορικού που συμπλήρωσε ο εξεταζόμενος και βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα της  
κλινικής εξέτασης ...../...../ 2021 δεν εμφάνισε συμπτώματα πυρετού, βήχα,  
δύσπνοιας, πονόλαιμου, κόπωσης, μυαλγίας, ανοσμίας. Δεν πάσχει από άλλο  
μεταδοτικό ή ψυχικό νόσημα ή να έχει άλλο σοβαρό πρόβλημα που να εκθέτει σε  
κίνδυνο ασθένειας ή σωματικής βλάβης το ίδιο ή τους άλλους κατασκηνωτές.

**Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο σε παιδικές κατασκηνώσεις.**

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

.....

\*Το έντυπο του σχετικού ιατρικού ιστορικού τηρείται στο ιατρείο του υπογράφοντος