



## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός.....  
εξέτασε τον/την..... ΤΟΥ.....  
με ημερομηνία γέννησης....., και βεβαιώνει ότι κατά την  
ημέρα της κλινικής εξέτασης ...../...../ 2023, δεν πάσχει από μεταδοτικό  
ή ψυχικό νόσημα ή δεν 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

.....