**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Ο/Η ιατρός\*...............……………………………..……….… με ειδικότητα\* ………………………………………………………..….….. βεβαιώνει ότι ο/η……………………………….………………….είναι υγιής και αρτιμελής σε βαθμό που δεν δημιουργεί πρόβλημα στην παρακολούθηση της διδασκαλίας του αθλήματος της **ΠΕΤΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ**

Η παρούσα εκδίδεται για την συμμετοχή του/ της σε Σχολή Προπονητών της Γ.Γ.Α.

**Ημερομηνία Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού**

…./…./2023

\* Ιδιώτης/ή από Δημόσιο Νοσοκομείο, Ιατρός Παθολόγος ή Ιατρός Γενικής Ιατρικής ή Οικογενειακός ιατρός