

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Κατά την σημερινή κλινική εξέταση ο/η ασφαλισμένος/η  
.....με A.M. ασφαλιστικού  
φορέα..... βρέθηκε υγιής, αρτιμελής και δεν πάσχει από  
μεταδοτικό νόσημα. Δύναται να γυμνάζεται και να αθλείται εντός των φυσιολογικών για την ηλικία  
του/της ορίων, σε χώρους κατάλληλους και κάτω από την επίβλεψη ειδικά εκπαιδευμένων ατόμων.

**Ο ΙΑΤΡΟΣ**

**(υπογραφή & σφραγίδα)**