



## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Συμπληρώνεται από παιδίατρο σε συνεργασία με τους γονείς του παιδιού

Ο / Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ιατρός.....

με τηλέφωνο εκτάκτου επικοινωνίας: .....

εξέτασα σήμερα την /τον .....

και δηλώνω υπεύθυνα ότι το παραπάνω αναφερόμενο παιδί:

- Δεν πάσχει από μεταδοτικό νόσημα ή δερματική ασθένεια
- Είναι πλήρως εμβολιασμένο σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών
- Ο αντιτετανικός εμβολιασμός είναι σε ισχύ - Ημερομηνία τελευταίας δόσης..../..../.....
- Είναι υγιές και δύναται να συμμετέχει στις αθλητικές δραστηριότητες του προγράμματος.
- Δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή (Σε περίπτωση λήψης φαρμακευτικής αγωγής, παρακαλούμε να γνωστοποιηθούν αναλυτικές οδηγίες χορήγησης, καθώς και επιβεβαίωση από τον θεράποντα ιατρό ότι η συμμετοχή του παιδιού στις δραστηριότητες επιτρέπεται).

Ημερομηνία

Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού