

## 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 δερματικές αρρώστιες
- Δεν μεταφέρει ψείρες ή άλλο παράσιτο
- Είναι πλήρως εμβολιασμένο σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών
- Είναι υγιές και του επιτρέπεται η συμμετοχή του στις αθλητικές δραστηριότητες της κατασκήνωσης

Ημερομηνία

Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού