**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**Βεβαιώνω ότι ο/η ……………………………………………………………………… είναι από παθολογικής και δερματολογικής άποψης, υγιείς και δεν χρήζει περεταίρω ιατρικές εξετάσεις και μπορεί να ασκηθεί στο άθλημα της Κολύμβησης.**

**Ο Ιατρός …………………………….**

**Υπογραφή- Σφραγίδα**