 

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός...........................................................................................................

εξέτασε τον/την ......................................................................του..............................

με ημερομηνία γέννησης ........................................ , βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα

της κλινικής εξέτασης …………/ / 2021 δεν εμφάνισε συμπτώματα υποκείμενου

ή μεταδιδόμενου νοσήματος.

**Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο του παιδιού στην παιδική κατασκήνωση Pitsas Camp**

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

………………………….