

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Ο/Η κάτωθι ιατρός ……………………………………………………………………

εξέτασε την/ τον ………………………………… του ………………………………

με ημερομηνία γέννησης ……/……/………., βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα της κλινικής εξέτασης ……/……/…….., ο κατασκηνωτής δεν εμφάνισε συμπτώματα υποκείμενου ή μεταδιδόμενου νοσήματος.

**Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο του παιδιού στην παιδική κατασκήνωση PITSAS CAMP**

Υπογραφή και σφραγίδα ιατρού

………………………………