



ACG FITNESS PROGRAM

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

Όνομα:	
Επώνυμο:	
Ημερομηνία Γέννησης:	

ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ή ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ

Ημερομηνία Εξέτασης:			
Όνοματεπώνυμο ιατρού:			
Ειδικότητα:			
Βεβαιώνω ότι ο/η ως άνω είναι υγιής και μπορεί να αθληθεί χωρίς περιορισμούς.			
ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού			

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

Ημερομηνία Εξέτασης:			
Όνοματεπώνυμο ιατρού:			
Ειδικότητα:			
Βεβαιώνω ότι ο/η ως άνω δεν πάσχει από δερματολογικό νόσημα.			
ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού			

Η ιατρική βεβαίωση θα πρέπει να έχει εκδοθεί εντός 3 μηνών από την παραλαβή της για να είναι αποδεκτή.