



ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΘΛΗΤΗ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

Α.Δ.Τ:

Βεβαιώνω ενυπόγραφα, ότι ο/η παραπάνω αθλητής/τρια, αφού υποβλήθηκε στις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις και με βάση το ιατρικό ιστορικό που μου παρουσίασε, είναι ικανός/ή να συμμετάσχει στη σειρά αγώνων που διοργανώνει η TRIMORE για το έτος 2017. Σε κάθε περίπτωση, ο/η παραπάνω αθλητής/τρια είναι απόλυτα υπεύθυνος/η για την υγεία και τη σωματική του/της ακεραιότητα, δεδομένων των απαιτήσεων και των ιδιαιτεροτήτων ενός τέτοιου αγώνα.

...../...../20..
Ο/Η Ιατρός
(Υπογραφή-Σφραγίδα)