

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ**

**(Συμπληρώνεται από τον / την ίδιο/α τον/την ιατρό)**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ιατρός κ. ....  
εξέτασα τον/την κ. .... και τον/την  
κρίνω ικανό/ή να συμμετέχει σε πρόγραμμα άθλησης με την επίβλεψη γυμναστή  
(φυσιολογικών επιβαρύνσεων) χωρίς να διατρέχει κίνδυνο για την υγεία του/της.

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οδηγίες προς τον/την αθλούμενο/η και το γυμναστή/στρια**

.....  
.....

Ημερομηνία ...../...../2019

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟΥ**

**ΔΕΥΤΕΡΑ ΕΩΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 07:00 - 22:00**

**ΣΑΒΒΑΤΟ ΚΥΡΙΑΚΗ ΚΛΕΙΣΤΑ**



**ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ  
ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 133 ΓΑΖΙ, Τ.Κ.71414  
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:2810 822582**



**ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ**