

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ειδικευμένος/η ιατρός κ. ....  
εξέτασα τον/την κ. .... και τον/την κρίνω ικανό/η να  
γυμνάζεται στο Πανεπιστημιακό Γυμναστήριο Ηρακλείου, χωρίς να διατρέχει  
κίνδυνο για την υγεία του/της.

Ημερομηνία ...../...../.....

Υπογραφή & Σφραγίδα

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ειδικευμένος/η ιατρός κ. ....  
εξέτασα τον/την κ. .... και βεβαιώνω ότι δεν πάσχει  
από οποιαδήποτε δερματολογικό ή αφροδίσιο κλινικό νόσημα.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για την εγγραφή του/της στο Πανεπιστημιακό  
γυμναστήριο Ηρακλείου.

Ημερομηνία ...../...../.....

Υπογραφή & Σφραγίδα