

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΥ

Θέση

Φωτογραφίας
(σφραγίδα
ιατρού πάνω
στη Φώτο)

ΑΡ.

ΟΝΟΜΑ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

Α.Μ.Κ.Α.....

Ο/Η κάτωθι ιατρός πιστοποιεί ότι ο/η ανωτέρω
επιτρέπεται να συμμετάσχει στα μαθηματα
ναυαγοσωστικής εκπαίδευσης και
κολυμβησης και έχει υποβληθεί στις
προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις.

Ημερομηνία/...../2018

Όνομ/μο και σφραγίδα ιατρού.....
(υποχρεωτικά και επάνω στη φωτογραφία)

