



ΣΩΜΑ ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ ΚΥΠΡΟΥ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η υπογράφων/ουσα την παρούσα βεβαίωση Ιατρός

.....
(ονοματεπώνυμο & ειδικότητα)

αφού εξέτασα τον/την.....

και συμπλήρωσα το ατομικό δελτίο υγείας τον/την βρήκα υγιή και ικανό/η να συμμετάσχει στις δραστηριότητες του 71^{ου} Συστήματος Προσκόπων Καϊμακλίου κατά την προσκοπική χρονιά 2017/18.

Υπογραφή & σφραγίδα Ιατρού

Ημερομηνία :/...../ 2017

Τηλέφωνα Ιατρού σε περίπτωση ανάγκης

.....

.....

Ο/Η υπογράφων/ουσα γονέας / κηδεμόνας

.....
(ονοματεπώνυμο)

έλαβα γνώση των αποτελεσμάτων της ιατρικής εξέτασης του παιδιού μου καθώς και των συμβουλών του/της Ιατρού και εγκρίνω τη συμμετοχή του/της στις δραστηριότητες του 71^{ου} Συστήματος Προσκόπων Καϊμακλίου κατά την προσκοπική χρονιά 2017/18.

Υπογραφή γονέα / κηδεμόνα

Ημερομηνία :/...../ 2017