



**HEALTH CERTIFICATE FOR COMPETITIVE SPORT ACTIVITY**

Mr./Mrs./Me (name, surname): .....

Born (city, country): .....

Date of birth (dd/mm/yyyy): .....

The subject, according to the clinical investigation carried out, does not present any contraindication related to competitive CYCLING sport activity.

This certificate is valid for use for one year as from today.

Place: .....

Date: .....

Physician's signature (mandatory): .....

Physician's name and address (mandatory): .....  
.....

Physician's Stamp: .....



## **ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΗ ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**

Κύριος/Κυρία/Εγώ (όνομα, επίθετο): .....

Γεννήθηκε (πόλη, χώρα): .....

Ημερομηνία γέννησης (ηη/μμ/εεεε): .....

Το ανωτέρω πρόσωπο, σύμφωνα με την κλινική έρευνα που πραγματοποιήσα, δεν παρουσιάζει καμία αντένδειξη που να σχετίζεται με τη μη συμμετοχή του σε αγώνες ποδηλασίας.

Αυτό το πιστοποιητικό ισχύει για χρήση ενός έτους από σήμερα.

Τόπος και Ημερομηνία έκδοσης:.....

Υπογραφή Ιατρού (υποχρεωτικό): .....

Ονοματεπώνυμο Ιατρού και διεύθυνση: .....

Σφραγίδα Ιατρού: .....