



**ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**



ΚΑΡΤΑ ΜΕΛΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΗ

Όνομα :

Επώνυμο :

Σχολή : Τμήμα :

Αρ. Μητρώου Σχολής :

Τηλέφωνα Επικοινωνίας :

Χρονική Διάρκεια που ισχύει η κάρτα : Ακαδημαϊκό Έτος 2022-2023 (Μέχρι και τον Ιούλιο του 2023).

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ο/Η..... ΤΟΥ

εξετάσθηκε σήμερα ___ / ___ / ___ στα πλαίσια προαθλητικού ελέγχου.

Από τον κλινικό έλεγχο και την εκτίμηση με Ηλεκτροκαρδιογράφημα δεν παρουσιάζει αντένδειξη για άσκηση. Μπορεί να αθλείται με την επίβλεψη προσωπικού κατάλληλα εκπαιδευμένου γι' αυτό.

Η παρούσα δίδεται για το

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ:

Υπογραφή-σφραγίδα Ιατρού