



Υπό την Υψηλή Προστασία του Προέδρου της Κυπριακής Δημοκρατίας

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 στη

Υπογραφή & σφραγίδα Ιατρού

Ημερομηνία :/...../ 201..

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 στη/στο

Υπογραφή γονέα / κηδεμόνα

.....
Ημερομηνία :/...../ 201..

Σημ. Αναγράφεται απαραίτητα στα κενά πεδία το είδος της δράσης που θα συμμετάσχει το μέλος μας, π.χ. Για την συμμετοχή του στο Παγκόσμιο Τζάμπορ Ιαπωνίας ή για την συμμετοχή του στην Καλοκαιρινή κατασκήνωση στα Πλατάνια 2-9/8/2014 ή για την συμμετοχή του στην εκδρομή της 40ης Ομ. Προσκόπων στην Ελλάδα 12-18/4/2015.