

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΣΚΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: ΙΚΑΝΟΣ/Η ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΩΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ ΠΙΣΙΝΑΣ.

Βεβαιώνεται ότι ο/η ενδιαφερόμενος/η εξετάστηκε από τους παρακάτω ιατρούς και προκύπτει ότι είναι ψυχικά υγιής, δεν πάσχει από μεταδοτική ασθένεια και είναι ικανός/η από ιατρικής άποψης να λάβει εκπαίδευση ως Ναυαγοσώστης/στρια πισίνας.

ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ - ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ - ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ή ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ή ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ - ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ - ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ