



ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός

.....

εξέτασε την/τον.....

του.....

με ημερομηνία γέννησης/...../.....

και βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα της κλινικής εξέτασης/...../.....,

δεν πάσχει από: i) **Μεταδιδόμενο**, ii) **Δερματικό** ή iii) **Ψυχικό νόσημα**, το οποίο να εμποδίζει τη συμμετοχή του/της με ασφάλεια, τόσο δικής του όσο και των υπολοίπων συμμετεχόντων, στο Τμήμα παιδικής Μαγειρικής και Ζαχαροπλαστικής της **Αμμίλος Cooking Experience**.

Τροφικές Αλλεργίες : ΝΑΙ ΟΧΙ

Έλλειψη ενζύμου G6PD: ΝΑΙ ΟΧΙ

Παρατηρήσεις:.....

.....

.....

Ημερομηνία

Υπογραφή και σφραγίδα
ιατρού

.....

.....