

فرم گواهی سلامت

نام پدر:

آقای / خانم:

در تاریخ / / معاینات ذیل مورد بررسی قرار گرفت، نامبرده از سلامتی کامل برخوردار بوده و

می تواند در رشته ورزشی نجات غریق و غواصی شرکت نماید.

۱- کلیه موارد می بایست توسط پزشک جداگانه بررسی گردد.

(بیماریهای قلبی-عروقی، صرع و غش، ناشنوایی-کم شنوایی، نابینایی-کم بینایی، تنگی نفس-آسم،

بیماری های پوستی، معلولیت در دست و پا)

اگر چنانچه عمل جراحی شکستگی مصرف منظم دارو دارید مشخص و توضیحات لازم مبذول

فرمایید.

.....

.....

اعلام نظر پزشک :

.....

.....

نام و نام خانوادگی رئیس کلینیک: دکتر

مهر و امضاء