

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι ο/η ΤΟΥ
..... μαθητής/μαθήτρια της Λεοντείου Σχολής Αθηνών, τάξης _____
Γυμνασίου εξετάστηκε σήμερα από τον υπογράφοντα/την υπογράφουσα ιατρό.

Με βάση το ιστορικό και τα ευρήματα από την κλινική εξέταση δεν προκύπτουν στοιχεία τα οποία αποτελούν αντένδειξη για τη συμμετοχή του/της σε οργανωμένες και επιτηρούμενες αθλητικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2026-2027. Ως εκ τούτου δύναται να συμμετέχει σε όλες τις αθλητικές δραστηριότητες του σχολείου, συμπεριλαμβανομένης της κολύμβησης (Ημέρα Σχολικού Αθλητισμού, Αγώνας Ανωμάλου Δρόμου, σχολικά πρωταθλήματα, αθλητικές δραστηριότητες του Παιδαγωγικού Εργαστηρίου, κάθε είδους σχολικοί αθλητικοί αγώνες κοκ).

Ημερομηνία: / / 20.....

Ο/Η ιατρός

(υπογραφή-σφραγίδα)

Σημείωση:

Η παρούσα βεβαίωση συμπληρώνεται από τον ιατρό του/της μαθητή/-τριας και κατατίθεται για το νέο σχολικό έτος **μέχρι τις 25 Σεπτεμβρίου 2026. Όσοι/-ες μαθητές/-τριες δεν καταθέσουν τη βεβαίωση δεν θα γίνονται δεκτοί στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής και θα παίρνουν απουσία.**

Ενημέρωση:

Η Λεόντειος Σχολή Αθηνών, στο πλαίσιο της Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, σας ενημερώνει ότι τα συγκεκριμένα δεδομένα συγκεντρώνονται για τον σκοπό της ολοκλήρωσης της εγγραφής του παιδιού σας στη Λεόντειο Σχολή Αθηνών και της εύρυθμης λειτουργίας του σχολείου για το 2026-2027. Υπενθυμίζεται ότι ο/η δηλών/δηλούσα τηρεί το δικαίωμα ενημέρωσης, ανάκλησης, διόρθωσης ή διαγραφής με γραπτό αίτημα είτε στον Διευθυντή της Βαθμίδας είτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Σχολής. Οι ιατρικές βεβαιώσεις διατηρούνται για 1 σχολικό έτος σε κλειδωμένο φυσικό αρχείο στη Διεύθυνση Γυμνασίου.