



**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ**  
**ΜΑΘΗΤΗ ΠΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΣΤΕΝΗ ΕΠΑΦΗ**  
**ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΥ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ**

Βεβαιούται ότι ο/η ..... του  
..... μαθητής / μαθήτρια του Κολλεγίου Αθηνών / Κολλεγίου Ψυχικού,  
τάξης ..... Δημοτικού/Γυμνασίου/Λυκείου, τμήματος ..... εξετάστηκε σήμερα από τον  
υπογράφοντα / την υπογράφουσα ιατρό.

Ο μαθητής / η μαθήτρια δεν προσήλθε στο σχολείο από την \_\_\_/\_\_\_/202\_\_ γιατί αποτελεί στενή  
επαφή επιβεβαιωμένου κρούσματος COVID-19 (για τον ορισμό της στενής επαφής βλ. σχετικές  
οδηγίες του ΕΟΔΥ).

Ο μαθητής δύναται να επιστρέψει στις δραστηριότητες του σχολείου από \_\_\_/\_\_\_/202\_\_,  
χωρίς κανένα περιορισμό, δεδομένου ότι:

<input type="checkbox"/> Δεν έχει εκδηλώσει συμβατά συμπτώματα και έχουν παρέλθει 14 ημέρες από την τελευταία επαφή με το επιβεβαιωμένο περιστατικό.
<input type="checkbox"/> Δεν έχει εκδηλώσει συμβατά συμπτώματα, υπεβλήθη σε εργαστηριακό έλεγχο για τον νέο κορωνοϊό (RT-PCR) την ___/___/202__, ο οποίος ήταν αρνητικός και έχουν παρέλθει 14 ημέρες από την τελευταία επαφή με το επιβεβαιωμένο περιστατικό.
<input type="checkbox"/> Δεν έχει εκδηλώσει συμβατά συμπτώματα, υπεβλήθη σε εργαστηριακό έλεγχο για τον νέο κορωνοϊό (RT-PCR) την ___/___/202__, ο οποίος ήταν θετικός και έχουν παρέλθει τουλάχιστον 10 ημέρες από την ημέρα διενέργειας του τεστ.
<input type="checkbox"/> Εκδήλωσε συμβατά συμπτώματα, υπεβλήθη σε εργαστηριακό έλεγχο για τον νέο κορωνοϊό (RT-PCR) την ___/___/202__, ο οποίος ήταν αρνητικός και έχουν παρέλθει 14 ημέρες από την τελευταία επαφή με το επιβεβαιωμένο περιστατικό.
<input type="checkbox"/> Εκδήλωσε συμβατά συμπτώματα, υπεβλήθη σε εργαστηριακό έλεγχο για τον νέο κορωνοϊό (RT-PCR) την ___/___/202__, ο οποίος ήταν θετικός και έχουν παρέλθει τουλάχιστον 10 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων του ΚΑΙ 24 ώρες από την πλήρη υποχώρηση του πυρετού (χωρίς τη λήψη αντιπυρετικών) και την ύφεση των συμπτωμάτων του.

Ημερομηνία: ..... / ..... / 20....

Ο/Η ιατρός

(υπογραφή - σφραγίδα)

**Σημείωση:** Η παρούσα βεβαίωση συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό του μαθητή / της μαθήτριας και αποστέλλεται ηλεκτρονικά στη γραμματεία της σχολικής μονάδας που φοιτά το αργότερο την παραμονή της επιστροφής στο σχολείο.

Η παρούσα βεβαίωση έχει βασιστεί στην οδηγία του ΕΟΔΥ «Αρχές διαχείρισης ύποπτων ή επιβεβαιωμένων περιστατικών λοίμωξης COVID-19 σε σχολικές μονάδες - 18.09.2020» (βλ. <https://eody.gov.gr/neos-koronaios-covid-19/>)