

remplir complètement, signer et renvoyer par:

email: info@maratoninadiudine.it

fax: +39 0432-299678

post: ASD MARATONINA UDINESE – Via Cotonificio, 96 – 33035 Torreano di Martignacco (UD)

### CERTIFICAT MÉDICAL ACTIVITÉ SPORT COMPETITIVE



Je, Dr. (nom, prénom)

né(e) à (ville, pays)

le (jj/mm/aaaa)

avec cabinet à (adresse complète)

et le numéro de téléphone

déclare sous ma complète responsabilité et en connaissant les conséquences d'une fausse déclaration, que



M/Mme/Mlle (nom, prénom)

né(e) à (ville, pays)

le (jj/mm/aaaa)

et résident à (adresse complète)

avec le handicap suivant (le cas échéant)

sur la base d' un examen médical:

- Visite médicale
- Test des urines
- Électrocardiogramme au repos et sous stress
- Spirométrie

fait par moi (jj/mm/aaaa)

est en bonne santé et apte à concourir dans les événements d' ATHLÉTISME, selon les lois en vigueur en Italie sur les sports de compétition ( décret ministériel 18/02/1982 )

Ce certificat est valable un an à partir de cette date.

Date \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_