



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 _____