
MEDICAL CERTIFICATE

mandatory or join a medical certificate of less than 1 year.

Date of appointment : __ / __ / ____

I, Doctor

certify that Mrs/Mr.

is apt to compete in a running race.

Stamp and signature mandatory

CERTIFICATO MEDICO

Obbligatoria o allegare un certificato medico da meno di **1 anno**.

Data della visita : __ / __ / ____

Io sottoscritto il Dottore

certifico che

non presenta controindicazioni in alla pratica della corsa in competizione.

Timbro e firma obbligatori

ÄRZTLICHES VISUM

obligatorisch oder ein ärztcertifikat weniger als 1 Jahr

Datum des Arztbesuches : __ / __ / ____

Ich, unterzeichnender Arzt

bestätige, dass für Frau/ Herr Geburstdatum/...../.....

kein ärztlicher Vorbehalt gegen eine Teilnahme an Laufwettkämpfen besteht.

Stempel und Unterschrift obligatorisch