

STRASIMENO CERTIFICAT MEDICAL

(remplir toute les lignes, timbrer, signer et renvoyer pa fax (+ 39 075 63062390),
e-mail (starsimeno2012@dreamrunners.it); ou par la poste (ASD Filippide – via Amendola, 63, 06061 – Castiglione del Lago – Pg, Italy)

UTILISER SEULEMENT CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S'IL VOUS PLAIT

Je soussigné (e), Docteur / doctoresse (nom et prénom)

Né(e) à (ville et pays)

Le (jj / mm / aaaa)

Mon cabinet se trouvant à (adresse complète)

Mon numéro de telephone étant le

Certifie que Monsier / Madame / Mademoiselle (nom et prénom de l'athlète)

Né(e) à (ville et pays)

Le (jj / mm / aaaa)

Resident à (adresse complète)

Document d'identité (type de document):

numéro

Sur la base de la visite médicale et des contrôles relatifs effectués, est en bonne santé et ne présente aucune contre-indication à la pratique du marathon en compétition.

Le present certificate expire le

La date d'expiration du certificat ne doit pas être antérieur au 31/03/2012

Date (jj / mm / aaaa)

Signature du Docteur / de la Doctoresse

Les données personnelles des athletes sont classes et conserves aux bureaux de ASD Filippide, via amendola,63 – 06061 – C.Lago – Pg, et peuvent être vérifiées, changées et supprimées à tout moment à la demande de la personne Concernée, qui devra être adressée au représentant juridique, responsable du traitement desdites données