

Certificat medical

Activités sportives compétitives

Le soussigné..... (médecin autorisé) sur la base d'une évaluation médicale effectuée: **examen physique, examen complet de l'urine, un électrocardiogramme au repos et après l'exercice, spirographie** (inspection conforme aux tests diagnostics prévus par la loi applicable en Italie pour être en mesure de exercer des activités sportives compétitives - Décret Ministériel 18/02/1982)

certifie que

Nom..... Prenom.....

né le..... à.....

et résident à (ville).....

adresse.....

peut exercer des activités sportives compétitives d'Athlétisme.

Ce certificat est valable pour (max. 12 mois).....

et prendra fin le.....

Date,

Le Médecin

(timbre et signature)