

CERTIFICAT MEDICAL ACTIVITÉS SPORTIVES COMPÉTITIVES

PLEASE, USE BLOCK LETTERS ONLY

Le soussigné _____ (médecin autorisé)

sur la base d'une évaluation médicale effectuée le _____ (jj/mm/aaaa)

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 _____ Prénom _____

Né le _____ à _____

Et résident à _____ en _____

Peut exercer des activités sportives competitive d'Athlétisme

Ce certificate prendra fin le _____

Date _____

Le Médecin (timbre et signature) _____