

MARATONA DI ROMA CERTIFICAT MEDICAL

(remplir toutes les lignes, timbrer, signer et renvoyer par fax : + 39 06 4065063 ;
e-mail : maratona@maratonadiroma.it ; ou par la poste : Atielle Roma srl Viale B. Bardanzellu, 65 00155 Rome Italie)

UTILISER SEULEMENT CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S'IL VOUS PLAÎT

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 téléphone étant le

 /

certifie que Monsieur / Madame / Mademoiselle (nom et prénom de l'athlète)

né(e) à (ville et pays)

le (jj / mm / aaaa)

 / /

résidant 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 présent certificat expire le

 / /

La date d'expiration du certificat ne doit pas être antérieure au 31/03/2015.

Date (jj/mm/aaaa)

 / /

Signature et Timbre
du Docteur - de la Doctresse

Les données personnelles des athlètes sont classées et conservées aux bureaux principaux de Atielle Roma srl,
Viale B. Bardanzellu 65 – 00155 Rome, 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.