

VENICEMARATHON HEALTH FORM

fill out completely, sign and return by:

fax: +39 041 5327744

post: A.S.D. Venicemarathon Club - Via F. Linghinal, 5/5 -30172 Venezia Mestre - Italia

PLEASE, USE BLOCK LETTERS ONLY

I, Dr. (first name, last name)

born (city, country)

on (dd/mm/yyyy)

/ /

with offices at (complete address)

and phone number

declare myself fully responsible and acknowledge the consequences for falsely declaring that Mr/Mrs/Ms (first name, last name)

born (city, country)

on (dd/mm/yyyy)

/ /

and resident at (complete address)

with the following disability (if applicable)

based on a sport physical exam done by me on (dd/mm/yyyy)

/ /

is in good health and fit to compete in **ATHLETICS** events according to current laws.

This certificate is valid one year from this date.

In date _____ Physician's signature _____

Personal history records are held at the main offices of A.S.D. Venicemarathon Club – Via F. Linghinal, 5/5 - 30172 Venezia Mestre – Italia and may be reviewed, altered and deleted at any time upon the individual's request, and addressed to the legal representative responsible for the handling of said records.

CERTIFICAT MEDICAL POUR VENICEMARATHON

Remplissez, signez et envoyez ce modèle par :

fax: +39 041 5327744

poste: A.S.D. Venicemarathon Club - Via F. Linghinal, 5/5 -30172 Venezia Mestre - Italia

ECRIVEZ EN LETTRES MAJUSCULES, S'IL VOUS PLAÎT

Je, soussigné Dr. (nom et prénom)

né(e) à (ville, pays)

le (jj/mm/aaaa)

/ /

mon cabinet se trouvant à (adresse complète)

mon numéro de téléphone étant le

déclare sous ma complète responsabilité et en connaissant les conséquences d'une fausse déclaration de me part, que M/M^{me}/M^{lle} (nom et prénom)

né(e) à (ville, pays)

le (jj/mm/aaaa)

/ /

résidant(e) à (adresse complète)

et ayant le handicap suivant (s'il y en a)

après l'examen médico-sportif établi le (jj/mm/aaaa)

/ /

se trouve en bonne santé et peut participer à compétitions d'ATHLETISME, selon la législation en vigueur.

Ce certificat médical à une validité d'un année à partir de la date figurant ci-dessus

Date _____

Signature du Médecin _____

Les données personnelles des athlètes sont classées et conservées aux bureaux principaux de A.S.D. Venicemarathon Club – Via F. Linghinal, 5/5 - 30172 Venezia Mestre – Italia et peuvent être vérifiées, changées et supprimées à tout moment à la demande de la personne concernée, qui doit être adressée au représentant juridique, responsable du traitement de ces données.

GESUNDHEITATTEST FÜR DEN VENICEMARATHON

Bitte vollständig ausfüllen, eigenhändig unterschreiben und zurücksenden an:

fax: +39 041 5327744

Post: A.S.D. Venicemarathon Club - Via F. Linghinal, 5/5 -30172 Venezia Mestre - Italia

BITTE, SCHREIBEN SIE NUR IN DRUCKBUCHSTABEN

Ich (Vorname und Name)

geboren in (Stadt und Land)

/

am (TT/MM/JJJJ)

mit Praxis in (vollständige Adresse)

/

/

Telephone

erkläre auf meine Verantwortung und in meiner Eigenschaft als untersuchender Arzt, dass ich die Konsequenzen eventueller falschen Angaben anerkenne und bescheinige und dass von mir

am (TT/MM/JJJJ)

bei Herrn/Frau

geboren in (Stadt und Land)

/

am (TT/MM/JJJJ)

wohnhaf in (vollständige Adresse)

/

/

mit folgender körperlicher Einschränkung (falls zutreffend)

eine ärztliche Untersuchung auf Sporttauglichkeit durchgeführt wurde.

Entsprechend den geltenden Sportgesetze bestätige ich, dass der Läufer/die Läuferin an Leichtathletik-Rennen teilnehmen kann und gesund für einen Marathon/Halb-marathon ist. Das ärztliche Attest ist ab dem Datum der Untersuchung für ein Jahr gültig.

Datum _____

Unterschrift des Ärzte _____

Die persönlichen Daten werden im Büro des A.S.D. Venicemarathon Club – Via F. Linghinal, 5/5 - 30172 Venezia Mestre – Italia hinterlegt und können auf Antrag des Interessenten zu jedem Zeitpunkt überprüft, geändert oder gelöscht werden. Der Antrag muss an den Datenschutzbeauftragten adressiert sein.