

CHRISTMAS RUN 2018

CERTIFICAT MEDICAL

remplir toutes les lignes, timbrer, signer et renvoyer par e-mail

Je soussigné(e), Docteur (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)

.....
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 sportive non compétitive, a titre amateur ,en particulier du half marathon .

·
Le présent certificat expire le

.....

La date d'expiration du certificat ne doit pas être antérieur au 23/12/2018.

*Signature et Timbre
du Docteur*

Date

Les données personnelles des athlètes sont classées et conservées aux bureaux de **ASD ALBATROS Roma**, via Virginia Agnelli 76, 00151 Roma 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.