

CERTIFICAT MEDICAL POUR LE MARATONA DI ROMA

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

ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Je soussigné(e), le Docteur/la 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

-----/
déclare, sous ma complète responsabilité et en connaissant les conséquences d'une
déclaration fausse de ma part, que Monsieur/Madame/Mademoiselle (nom et prénom de l'athlète)

né(e) à (ville et pays)

le (jj/mm/aaaa)

-----/-----/
résidant à (adresse complète)

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

d'après la révision médico-sportive que j'ai effectuée le (jj/mm/aaaa)

-----/
se trouve en bonne santé et est apte à participer au marathon de 42.195 mètres,
selon la législation en vigueur.

Le présent certificat a une validité d'un an à partir de la date figurant ci-dessous.

Signature du Docteur/de la Doctoresse -----

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.