

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO

SPORT MEDICAL CERTIFICATE

Il sottoscritto Dott.
I, the undersigned Dr.

,Medico dello Sport
,Doctor of Sport Medicine

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti (*anamnesi e visita medica generale, esame della vista, elettrocardiogramma (ECG) a riposo, elettrocardiogramma (ECG) dopo sforzo, spirometria, esame delle urine*)

Certify that the examination and related tests (*medical history and general physical examination, eye examination, resting electrocardiogram (ECG), post-exercise (stress) electrocardiogram (ECG), spirometry, urine test*)

del/la Sig./ra
of Mr/Ms

Data di nascita:
Date of birth:

Età:
Age:

Nazionalità:
Nationality:

Numero carta d'identità:
ID Card number:

Data di rilascio:
Issue date:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica dell'atletica leggera agonistica
reveals no contraindications for participating in athletics competitions

Certificato emesso a (luogo):
Medical certificate issued in (place):

Data:
Date:

Firma del medico:
Doctor Signature:

Timbro
Doctor's stamp

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO

CERTIFICAT MEDICAL SPORTIF

Il sottoscritto Dott.
Je, soussigné Dr.

,Medico dello sport
,Docteur en médecine du sport

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti (*anamnesi e visita medica generale, esame della vista, elettrocardiogramma (ECG) a riposo, elettrocardiogramma (ECG) dopo sforzo, spirometria, esame delle urine*)

Certifie que l'examen médical et les tests associés (*anamnèse et examen médical général, examen de la vue, électrocardiogramme (ECG) au repos, électrocardiogramme (ECG) après effort, spirométrie, analyse d'urine*)

del/la Sig./ra
de M/Mme

Data di nascita:
Date de naissance

Età:
Age:

Nazionalità:
Nationalité:

Numero carta d'identità:
Numero carte d'identité:

Data di rilascio:
Date de délivrance:

**non presenta controindicazioni in atto alla pratica dell'atletica leggera agonistica
ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.**

Certificato emesso a (luogo):
Certificat établi à (lieu):

Data:
Date:

Firma del medico:
Signature du Médecin:

Timbro
Tampon du Médecin

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO

SPORTÄRZTLICHES ATTEST

Il sottoscritto Dott.
Ich, der unterzeichnende

,Medico dello Sport
Facharzt für Sportmedizin

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti (*anamnesi e visita medica generale, esame della vista, elettrocardiogramma (ECG) a riposo, elettrocardiogramma (ECG) dopo sforzo, spirometria, esame delle urine*)

Ich bestätige hiermit, dass die Untersuchung und die zugehörigen Tests (*Anamnese und allgemeine ärztliche Untersuchung, Sehtest, Ruhe-Elektrokardiogramm (EKG), Belastungs-Elektrokardiogramm (EKG), Spirometrie, Urinuntersuchung*)

del/la Sig./ra
von Herrn/Frau

Data di nascita:
Geburtsdatum:

Età:
Alter:

Nazionalità:
Staatsangehörigkeit:

Numero carta d'identità:
Ausweisnummer:

Data di rilascio:
Ausstellungsdatum:

**non presenta controindicazioni in atto alla pratica dell'atletica leggera agonistica
keinerlei Kontraindikationen für die Teilnahme am Leichtathletik ergab.**

Certificato emesso a (luogo):
Ausstellung des ärztlichen Attests (Ort):

Data:
Datum:

Firma del medico:
Unterschrift des Arztes:

Timbro
Arztstempel

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO

CERTIFICADO MÉDICO DEPORTIVO

Il sottoscritto Dott.
Yo, el/la abajo firmante Dr./Dra.

,Medico dello Sport
,Médico del Deporte

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti (*anamnesi e visita medica generale, esame della vista, elettrocardiogramma (ECG) a riposo, elettrocardiogramma (ECG) dopo sforzo, spirometria, esame delle urine*)

Certifico que, en base al examen médico y a las pruebas correspondientes (*anamnesis y examen médico general, examen de la vista, electrocardiograma (ECG) en reposo, electrocardiograma (ECG) tras esfuerzo, espirometría, análisis de orina*)

del/la Sig./ra
del Sr./de la Sra.

Data di nascita:
Fecha de nacimiento:

Età:
Edad:

Nazionalità:
Nacionalidad:

Numero carta d'identità:
Número de documento de identidad:

Data di rilascio:
Fecha de expedición:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica dell'atletica leggera agonistica
no presenta contraindicaciones para la práctica del atletismo de competición

Certificato emesso a (luogo):
Certificado expedido en (lugar):

Data:
Fecha:

Firma del medico:
Firma del médico:

Timbro
Sello del médico