

# 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 del/la Sig./ra  
Certify that the examination of Mr/Ms

---

Data di nascita:  
Date of birth:

Età:  
Age:

---

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  
Doctors stamp

# CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO

## CERTIFICAT MEDICAL SPORTIF

Il sottoscritto Dott.

,Medico dello sport

Je, soussigné Dr.

,Docteur en médecine du sport

---

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti del/la Sig./ra

Certifie que l'examen de M/Mme

---

Data di nascita:

Età:

Date de naissance

Age:

---

Numero carta d'identità:

Data di rilascio:

Numero carte d'identité:

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:

Firma del medico:

Date:

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 del/la Sig./ra  
Certify that the examination of Mr/Ms  
bestätige hiermit, dass die Untersuchung von Herrn/Frau

---

Data di nascita:  
Geburtsdatum:

Età:  
Alter:

---

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