

MONACORUN

Nome e cognome dell'atleta _____ (in maiuscolo)

E-mail dell'atleta _____ (in maiuscolo)

Io, sottoscritto Dr. _____, Dottore in medicina,

Certifico che l'esame di

Sig./Sig.ra _____

Data di nascita: _____ età: _____

Non rivela controindicazioni alla pratica della corsa a piedi in competizione.

Certificato redatto a: _____

Data: _____ Firma del Dottore: _____

Timbro del Dottore: