



www.restonicatrail.fr

Medizinisches Sport-Zertifikat

Ich, der/die unterzeichnende Arzt/Ärztin habe

Vor- und Nachname :

Geboren am :

untersucht.

Ich komme zum Schluss, daß er/sie weder an einer Krankheit noch an einer Schwäche leidet, die es ihm/ihr verunmöglichen würde, an einem Lauf-Wettbewerb teilzunehmen.

Datum :

Unterschrift des Arztes:

Adresse und Stempel des Arztes :