

CERTIFICAT MEDICAL PLACENTIA MARATHON FOR UNICEF

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 fautive 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 l'Associazione Sportiva Dilettantistica Placentia Events, 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.