

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU MONOCYCLE EN COMPÉTITION

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DEL MONOCICLO SPORTIVO IN AMBITO COMPETIZIONI

(1) Date / Data : / /

(2) Adresse / Indirizzo :

(3) Docteur / Medico :

(4) Nom du patient / Nome e cognome del paziente :

(5) Date de naissance du patient / Data di nascita del paziente : / /

Je soussignée, (3) docteur en médecine, certifie avoir examiné (4), né(e) le (5), et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du monocycle en compétition.

Certificat fait à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Le (1) à (2)

Il sottoscritto, (3), Dottore in medicina, certifica che in data odierna ha sottoposto a visita medica il soggetto (4), nato il (5).

Sulla base della visita effettuata il soggetto non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva in ambito monociclo e alla partecipazione a gare in monociclo.

Il presente certificato è stato consegnato al soggetto brevimano su sua specifica richiesta per tutti gli usi consentiti dalla Legge.

Il (1) a (2)

Dr. (3)

Cachet et signature / Timbro e Firma

--