

CERTIFICAT MEDICAL
(obligatoire pour valider votre inscription)

Date de la visite: __ / __ / __

Je soussigné Docteur, certifie avoir examiné

Melle/ Mme/ M.né(e) le __ / __ / ____

ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique du ski de fond y compris en compétition.

Dr.

Cachet et signature obligatoire

MEDICAL CERTIFICATE
(mandatory)

Date of appointment: __ / __ / __

I, Doctor, certify that

Miss/ Mrs./ Mr.born on __ / __ / ____

is apt to take part in a long-distance cross-country skiing competition.

Dr.

Physician stamp and signature mandatory

ÄRZTLICHES VISUM
(Obligatorisch)

Datum des Arztbesuches: __ / __ / __

Ich, unterzeichnender Arzt bestätige, dass für

Frau/ Herr.Geburtsdatum __ / __ / ____

Kein ärztlicher Vorbehalt gegen eine Teilnahme an Langlaufwettkämpfen besteht.

Dr.

Stempel und Unterschrift obligatorisch

CERTIFICAZIONE MEDICA
(Obbligatoria)

Data della visita: __ / __ / __

Io, sottoscritto il Dottore, certifico che

il Sig./ la Sig.ra.....nato/a __ / __ / ____

non presenta controindicazioni in atto alla pratica dello sci di fondo in competizione.

Dr.

Timbro e firma obbligatori