



COMPULSORY MEDICAL CERTIFICATE FOR SPORT IN COMPETITION

This certificate complies with Italian regulations concerning participation in competitive sporting events.

In order to ensure consistent evaluation of medical certificates issued in different countries, participants are required to use this form. No other format will be accepted.

This certificate must be completed, dated, signed, and stamped by a licensed medical doctor. The doctor may also indicate their professional registration number.

MEDICAL CERTIFICATE

I, the undersigned Doctor of Medicine,

Name and surname: _____

hereby certify that:

Athlete's details

Surname: _____

First name: _____

Date of birth: ____ / ____ / _____

Following a medical examination, the above-mentioned athlete is fit to participate in a competitive trail running event of:

Distance: _____ km

Elevation gain (D+): _____ m

The athlete does not present any contraindication to the practice of competitive athletics.

Date of examination: ____ / ____ / _____

Doctor's signature and stamp (mandatory):



CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE POUR LA PRATIQUE DU SPORT EN COMPÉTITION

Ce certificat est conforme à la réglementation italienne relative à la participation aux compétitions sportives.

Afin de garantir une évaluation cohérente des certificats médicaux délivrés dans différents pays, il est obligatoire d'utiliser ce formulaire. Aucun autre document ne sera accepté.

Ce certificat doit être complété, daté, signé et tamponné par un médecin diplômé. Le médecin peut également indiquer son numéro d'inscription à l'ordre.

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en médecine

Nom et prénom : _____
certifie que :

Informations sur l'athlète

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

À l'issue d'un examen médical, l'athlète mentionné ci-dessus est apte à participer à une épreuve de trail en compétition de :

Distance : _____ km

Dénivelé positif (D+) : _____ m

L'athlète ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Date de l'examen : ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin (obligatoires) :