

Milano-Sanremo Amatori
CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO
SPORT MEDICAL CERTIFICATE

Il sottoscritto Dott. _____, Medico dello Sport
I, the undersigned _____, Doctor of Sport Medicine

Dr.
Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi
accertamenti del/la Sig./ra Certify that the examination of Mr/Ms

Data di nascita:	Età:
Date of birth:	Age:
Documento d'identità:	Data di rilascio:
ID Card number:	Issue date:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica del ciclismo agonistico reveals no
contraindications for participating in cycling competitions

Certificato emesso a (luogo):
Medical certificate issued in (place):

Data:	Firma del medico:
Date:	Doctor Signature:

Timbro
Doctors stamp

Milano-Sanremo Amatori
CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO
CERTIFICAT MEDICAL SPORTIF

Il sottoscritto Dott.

,Medico dello sport

Je, soussign Dr.

,Docteur en mdecine du sport

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti del/la Sig./ra Certifie que l'examen de M/Mme

Data di nascita:

Età:

Date de naissance

Age*:

Numero carta d'identità:

Data di rilascio:

Numero carte d'identit:

Date de dlivrance:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica del ciclismo agonistico
ne r#v%le pas de contre-indication & la pratique du cyclisme en comp#tition.

Certificato emesso a (luogo):

Certificat tabli à:

Data:

Firma del medico:

Date:

Signature du Médecin:

Timbro
Tampon du mdecin

* limite d'âge de 65 ans

Milano-Sanremo Amatori
CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO
SPORTÄRZTLICHES ATTEST

Il sottoscritto Dott. _____, Medico dello Sport
Ich, der unterzeichnende _____ Facharzt für Sportmedizin

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi
accertamenti del/la Sig./ra Certify that the examination of Mr/Ms
bestätige hiermit, dass die Untersuchung von Herrn/Frau

Data di nascita:	Età:
Geburtsdatum:	Alter*:
Numero carta d'identità:	Data di rilascio:
Ausweisnummer:	Ausstellungsdatum:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica del ciclismo agonistico
keinerlei Kontraindikationen für die Teilnahme am Radrennsport ergab.

Certificato emesso a (luogo):
Ausstellung des ärztlichen Attests (Ort):

Data:	Firma del medico:
Datum:	Unterschrift des Arztes:

Timbro
Arztstempel

* Altersbeschränkung für die Veranstaltung: 65 Jahre

Milano-Sanremo Amatori
CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO
CERTIFICADO MÉDICO DEPORTIVO

Il sottoscritto Dott.

,Medico dello Sport

Yo, el abajo firmante Dr.

,Doctor en Medicina Deportiva

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti del/la Sig./ra

Certifico que, según el examen médico efectuado, se considera a Mr/Ms

Data di nascita:

Età:

Fecha de nacimiento:

Edad*:

Numero carta d'identità:

Data di rilascio:

N° de DNI:

Fecha de emisión:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica del ciclismo agonistico
APTO/A para la práctica del ciclismo de competición

Certificato emesso a (luogo):

Certificado médico emitido en:

Data:

Firma del medico:

Fecha:

Firma del médico:

Timbro
Sello

* Edad límite para participar: 65 años

Milano-Sanremo Amatori
CERTIFICATO MEDICO SPORTIV
SPORTMEDISCH CERTIFICAAT

Il sottoscritto Dott. _____, Medico dello Sport
Ik, ondergetekende Dr. _____, Sportarts

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti
del/la Sig./ra Verklaar hierbij dat de sportkeuring van Dhr/Mevr:

Data di nascita:	Età:
Geboortedatum:	Leeftijd*:
Numero carta d'identità:	Data di rilascio:
ID/Paspoort nummer:	Datum van uitgifte:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica del ciclismo agonistico
tot geen bezwaren tegen het deelnemen aan wielrencompetities heeft geleid

Certificato emesso a (luogo):
Medisch certificaat uitgereikt
in (plaatsnaam):

Data:	Firma del medico:
Datum:	Handtekening arts:

Timbro
Stempel arts