



**Certificat medical**  
**Activités sportives compétitives**

Le soussigné..... (médecin autorisé) sur la base d'une  
évaluation médicale effectuée:

- examen physique,
- examen complet de l'urine,
- un électrocardiogramme au repos et après l'exercice,
- spirométrie,

inspection conforme aux tests diagnostics prévus par la loi applicable en Italie  
pour être en mesure de exercer des activités sportives compétitives (Décret  
Ministériel 18/02/1982).

**certifie que**

Nom.....Prenom.....

né le.....à.....

et résident à.....

en.....

peut exercer des activités sportives compétitives d'Athlétisme.

Ce certificat est valable pour .....

et prendra fin le.....

**Date,**

Le Médecin

(timbre et signature)