



Nom de famille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Le certificat est conforme à la loi italienne. Toutefois, afin de garantir un traitement correct de tous les certificats envoyés de différents pays, il est obligatoire d'utiliser ce formulaire, aucun autre n'étant accepté.

Ce certificat médical doit être rempli, daté et signé par le médecin, qui y appose son cachet et son numéro professionnel.

Ce certificat doit être envoyé par courrier à info@sardiniatrail.com dans un délai de 4 maggio 2026. Le non-respect de cette date entraînera l'annulation de l'inscription sans remboursement.

Personne ne participera à la course sans le certificat médical.

**Certificat médical Activité  
sportive compétitive (EN  
LETTRES MAJUSCULES)**

Le médecin soussigné \_\_\_\_\_,  
sur la base des examens médicaux : visite médicale, analyse d'urine, électrocardiogramme au repos et à l'effort, spirographie (test diagnostique prévu par la loi italienne pour pouvoir pratiquer des activités sportives en compétition - décret ministériel 18/02/1982 / 24/04/2013).

**CERTIFICATS**

que

N o m d e famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ en \_\_\_\_

Résidant à (ville) \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Peut pratiquer une activité sportive d'athlétisme en compétition.

Ce certificat est valable pour (max. 12 mois) \_\_\_\_\_

et expirera le \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

C a c h e t p r o f e s s i o n n e l e t n u m é r o p r o f e s s i o n n e l : \_\_\_\_\_

