



CERTIFICATO MEDICO

Io sottoscritto

Dottor :

Indirizzo dello studio medico :

Codice postale : Città : Paese :

Certifica di aver esaminato: Signor/Signora/Signorina

Cognome Nome :

Nato(a) il : a : Paese :

Non aver constatato al detto giorno nessuna controindicazione alla pratica dello SwimRun (Nuoto/Corsa) in competizione : sforzi prolungati ed intensi, alternante corsa a piedi e nuoto in acqua libera.

A : Il:

Firma e Timbro del Medico :