



# 19° GARDA TRENINO HALF MARATHON

## 8. NOV 2020 *gesundheit form*

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, UNTERSCHREIBEN  
UND ZURÜCKSENDEN AN

by e-mail [garda2020@dreamchrono.it](mailto:garda2020@dreamchrono.it)  
or by Fax to the number +39 075 630 623 90

ICH, DR. (NAME UN NACHNAME)

GEBOREN IN (STADT UN LAND)

AM (TT/MM/JJJJ)

MIT PRAXIS IN (VOLLSTÄNDIGE ADRESSE)

TELEFON

ERKLÄRE IN MEINER EIGENSCHAFT UND VERANTWORTUNG ALS UNTERSUCHENDER ARZT, DASS ICH DIE  
KONSEQUENZEN EVENTUELLER FALSCHER ANGABEN ANERKENNE UND BESCHEINIGE,  
DASS VON MIR AM (TT/MM/JJJJ) BEI HERRN/FRAU

GEBOREN IN (STADT UN LAND)

AM (TT/MM/JJJJ)

WOHNHAFT IN (VOLLSTÄNDIGE ADRESSE)

MIT FOLGENDER KÖRPERLICHER EINSCHRÄNKUNG (FALLS ZUTREFFEND)

Eine medizinische Untersuchung auf Sporttauglichkeit durchgeführt wurde. Entsprechend den geltenden  
Rechtsvorschriften bestätige ich eine gute körperliche Verfassung der untersuchten Person sowie ihre sportliche  
Tauglichkeit zur Teilnahme an einem **10 Km** **Halb Marathon 21.097 Km**

Das vorliegende Attest ist ab dem Zeitpunkt der Untersuchung für ein Jahr gültig.

DATUM (TT/MM/JJJJ)

 /  / 

UNTERSCHRIFT DES ARZTE