



Delicious Trail
Dolomiti
HORIZONS OF YOUR SOUL

Nachname _____
Vorname _____
Geburtsdatum __ / __ / ____

2022

Dieses Zertifikat entspricht dem italienischen Recht. Um sicherzustellen, dass alle aus verschiedenen Ländern eingegangenen Zertifikate korrekt behandelt werden, muss jeder das vorliegende Formular verwenden. Andere Bescheinigungen werden nicht akzeptiert.

Dieses ärztliche Attest muss vom Arzt ausgefüllt, datiert, abgestempelt, mit Registriernummer versehen und unterschrieben werden.

Dieses Zertifikat muss bis zum 22. September 2022 an die Mailadresse info@delicioustrail.it gesendet oder als Fotokopie der Organisation vorgelegt werden.

Sollte das Zertifikat nicht bis zum angegebenen Datum eingehen, wird die Registrierung ohne Recht auf Rückerstattung storniert.

Ohne ein ärztliches Attest ist die Teilnahme nicht gestattet.

ÄRZTLICHES ATTEST

Der Unterzeichnete, Dr. med. _____

erklärt, dass die medizinische Untersuchung von Frau/Herrn:

Nachname: Vorname:

geboren am: _____/____/____, aus ärztlicher Sicht keine gesundheitlichen Gegenanzeigen für die Ausübung wettkämpferischer Sporttätigkeit ergeben hat.

Datum: _____/____/____

Gültigkeit der Bescheinigung: _____

Unterschrift der Arztes: _____

Stempel und Registriernummer: _____