

**CERTIFICAT MEDICAL**  
(obligatoire pour valider votre inscription)

Date de la visite: \_\_ / \_\_ / \_\_

Je soussigné Docteur ....., certifie avoir examiné

Melle/ Mme/ M. ....né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique du sport y compris en compétition.

Dr. ....

**Cachet et signature obligatoire**

---

**MEDICAL CERTIFICATE**  
(mandatory)

Date of appointment: \_\_ / \_\_ / \_\_

I, Doctor ....., certify that

Miss/ Mrs./ Mr. ....born on \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

is apt to take part in a long-distance cross-country skiing or in sport competition.

Dr. ....

**Physician stamp and signature mandatory**

---

**ÄRZTLICHES VISUM**  
(Obligatorisch)

Datum des Arztbesuches: \_\_ / \_\_ / \_\_

Ich, unterzeichnender Arzt ..... bestätige, dass für

Frau/ Herr. ....Geburtsdatum \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Kein ärztlicher Vorbehalt gegen eine Teilnahme an Langlaufwettkämpfen besteht.

Dr. ....

**Stempel und Unterschrift obligatorisch**

---

**CERTIFICAZIONE MEDICA**  
(Obbligatoria)

Data della visita: \_\_ / \_\_ / \_\_

Io, sottoscritto il Dottore ....., certifico che

il Sig./ la Sig.ra. ....nato/a \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

non presenta controindicazioni in atto alla pratica dello sci di fondo in competizione.

Dr. ....

**Timbro e firma obbligatori**