



23° GARDA TRENINO HALF MARATHON

9. NOV 2025 *gesundheit form*

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, UNTERSCHREIBEN
UND ZURÜCKSENDEN AN

by e-mail gthm@icron.it

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 BESCHHEINIGE,
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 sportliche Fitnessuntersuchung wurde durchgeführt. In Übereinstimmung mit den geltenden gesetzlichen Bestimmungen bestätige ich, dass sich die untersuchte Person in guter körperlicher Verfassung befindet und zur Teilnahme an Wettkämpfen oder Sportveranstaltungen berechtigt ist.

DATUM (TT/MM/JJJJ)

 / /

UNTERSCHRIFT DES ARZTE
