

Medical certificate
Ärztliches Attest

I, doctor (name, surname)

Ich, Doktor (Vorname, Name) _____

declare that
bestätige, dass

Mr./Mrs./ms (name, surname)

Herr/Frau (Vorname, Name) _____

Date of birth

Geburtsdatum _____

Place of birth

Geburtsort _____

does not reveal any contraindication to the practice of competitive running, according to medical check-ups results.

es, laut Untersuchung, keine Einwände gegen die Teilnahme an Laufwettkämpfen gibt.

Date

Datum _____

This certificate is valid until (dd/mm/yy)

Dieses Attest ist gültig bis (dd/mm/yy) _____

Doctor's signature and stamp

Stempel und Unterschrift des Arztes _____