

MEDISCHE ATTEST GRANFONDO

2024

ACHTERNAAM:

VOORNAAM:

GESLACHT: MAN / VROUW

GEBOORTEDATUM:

NATIONALITEIT:

Ondergetekende, Dokter

verklaart dat ik

heb onderzocht en dat ik van mening ben dat hij/zij in staat is om deel te nemen aan
wielervedstrijden.

DATUM VAN DE MEDISCHE KEURING (VERPLICHT) :

*Stempel van de arts met
identificatienummer en adres (verplicht)*

Handtekening van de dokter (verplicht)