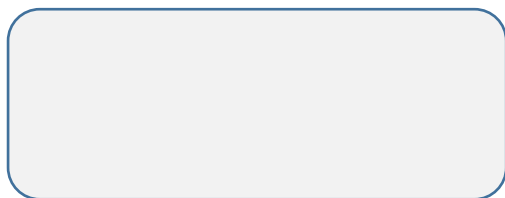


Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após aprovação no teste de aptidão física o documento deverá ser preenchido com letra de forma legível, datado e assinado pelo médico, juntamente com o seu carimbo de registro profissional. A apresentação do presente certificado é OBRIGATÓRIA no momento da retirada do kit. O atleta que não o apresentar terá a inscrição automaticamente cancelada



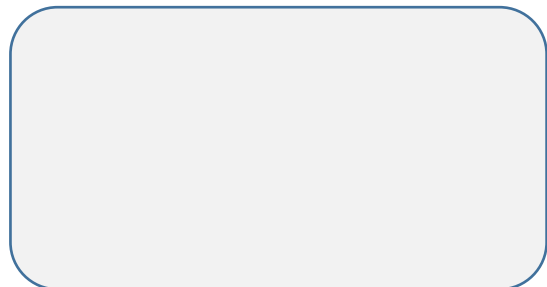
Eu, _____ médico(a) abaixo-assinado,
atesto que os exames do(a) atleta(a)
_____ documento de
identificação nº _____ e data de
nascimento: ____/____/____ não apresentaram nenhuma contra-indicação
para participar em competições de corrida TRAIL RUN, modalidade individual de
_____ Km.

Atestado médico emitido em (local): _____.
Data: _____



Registro

Assinatura



Carimbo Registro

Profissional

Dados Complementares:

Grupo sanguíneo (fator RH): _____ Frequência cardíaca em repouso: _____

Alergia(especifique): _____

Para emergência contactar: _____

Telefone: _____

Plano de saúde se houver: _____

Nº: _____