

CERTIFICADO MÉDICO

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 o exame do(a) atleta _____
documento de identificação n° _____ a data de
nascimento: ___/___/___ não apresenta nenhuma contra-indicação para
participar em competições de corrida trail run, modalidade individual de
_____ Km.

Atestado médico emitido em (local): _____

Data: _____

ASSINATURA

DADOS COMPLEMENTARES

CARIMBO

REGISTRO PROFISSIONAL

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

Alergia (especifique): _____

Para emergência contactar: _____ Telefone: _____

Plano de saúde _____ n°: _____