

# ATESTADO MÉDICO

EU, \_\_\_\_\_ médico(a)  
abaixo-assinado, atesto que o(a) atleta \_\_\_\_\_  
nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e com documento de identificação número \_\_\_\_\_  
está apto a participar de competições de corrida de rua em decorrência de sua avaliação  
médica e pela ausência de doenças, lesões e dores que o impeçam de correr.

Atestado médico emitido em: \_\_\_\_\_

Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

Assinatura do Médico(a): \_\_\_\_\_

Carimbo com Registro Profissional



## ***Dados complementares:***

Grupo sanguíneo (fator RH): \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_

Em caso de emergência contactar: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Plano de Saúde: \_\_\_\_\_

Número da carteira: \_\_\_\_\_