



CERTIFICADO MÉDICO

Categoria-DUPLA

Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após a 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 e deverá ser enviada aos organizadores do evento até a data limite de 15 de maio do corrente ano, de acordo com o item 08 do regulamento da prova. A não apresentação deste documento impossibilitará a retirada do Kit por parte do atleta e, conseqüentemente, o mesmo não poderá participar do Desafio Serra dos Matões 2018, tendo sua inscrição imediatamente cancelada.

Eu, _____ médico(a), abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta

_____,
CPF nº _____, e data de nascimento ____/____/____, não apresentam nenhuma contraindicação para participar em competições de corrida trail run, modalidade Dupla/Revezamento 21 km.

Atestado médico emitido em (local): _____.

Data ____/____/____.

Assinatura



Carimbo Profissional

Dados Complementares:

Grupo sanguíneo (fator RH): _____

Frequência cardíaca em repouso: _____ Frequência cardíaca alcançada: _____

Alergia (especifique): _____

Para emergência contactar: _____ Telefone: (____) _____

Plano de saúde: _____ Nº: _____