



Eu, \_\_\_\_\_, médico(a) abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta \_\_\_\_\_, documento de identidade \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_\_, não apresentaram contra-indicação para participação em competições de corrida, modalidade individual, com percurso de \_\_\_\_\_ km.

Atestado médico emitido em (local): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Carimbo registro profissional

**Dados complementares:**

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

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

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

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

Plano de Saúde: \_\_\_\_\_

Número da carteira: \_\_\_\_\_