

ATESTADO MÉDICO – DESAFIO LOUCOS POR TRAIL RUN

Eu, _____ médico(a) abaixo assinado,
atesto que o atleta(a)

_____ documento de identificação

nº _____ e data de nascimento ____/____/____ não

apresento nenhuma contra-indicação para participar em competições de corrida trail
run, na modalidade individual de _____ Km.

Atestado médico emitido em (local): _____.

Data: ____/____/____

Médico responsável _____

Carimbo com Registro Profissional

Especificar abaixo, qualquer observação pertinente, em especial qualquer tipo de
alergia.

**Outros modelos de atestado serão aceitos, desde que estejam com prazo de validade de 12 meses, até a
data seguinte ao término do evento e que contenham as informações solicitadas no modelo acima.*