

CERTIFICADO MÉDICO

Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. A apresentação do presente certificado é **obrigatória** no momento da retirada do kit e deverá ser preenchido com letra de forma legível, datado e assinado pelo médico, juntamente com o seu carimbo de registro profissional. A apresentação deste Certificado está condicionada a participação do atleta na prova.



Eu, _____ médico(a) abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta _____ documento de identidade nº _____ e data de nascimento ____/____/____ não apresentou nenhuma contraindicação para participar de corrida trail run, modalidade individual de _____ km.

Atestado médico emitido em (local): _____.

Data: _____

Assinatura

Carimbo Registro Profissional

_____ * _____ * _____ * _____ * _____ * _____ * _____ *

Dados Complementares:

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

Alergia (especifique): _____

Contato para emergência: _____ Celular: _____

Plano de saúde: _____ Nº _____