



## ATESTADO MÉDICO

Eu, o médico responsável,

----- (nome do médico)

Certifico que

-----  
(nome do atleta)

Nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (data de nascimento do atleta)

Foi submetido a um exame médico e não apresenta qualquer indicação contra a prática do ciclismo de estrada de longa distância.

Cidade\_\_\_\_\_;

Estado\_\_\_\_\_;

País\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (não válido com mais de seis meses da data do evento)

-----  
Assinatura e Carimbo do Médico

-----  
-----

## PROTOCOLO

Recebido atestado médico em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, do atleta de número  
-----.

-----  
Nome do Staff – Entrega de Kits

-----  
Nome do Staff – Check-in