

Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após 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 no momento da retirada do kit. O atleta que não o apresentar terá a inscrição automaticamente cancelada.



Eu, \_\_\_\_\_ médico(a) abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta(a) \_\_\_\_\_ documento de identificação nº \_\_\_\_\_ e data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ não apresentaram nenhuma contra-indicação para participar em competições de Mountain bike, modalidade individual ou dupla de \_\_\_\_\_ Km.

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

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

**Dados Complementares:**

Grupo sanguíneo (fator RH): \_\_\_\_\_ Frequência cardíaca em repouso: \_\_\_\_\_

Alergia(especifique): \_\_\_\_\_

Para emergência contactar: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Plano de saúde: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_