



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