



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 ____/____/____

Atleta de número _____.

Nome do Staff - Triagem

Nome do Staff - Entrega de Kit