

ULTRA MARATONA 6H DE ARAUCÁRIA

ATESTADO MÉDICO

Este atestado segue os princípios da Sociedade Brasileira de medicina esportiva. Deve ser preenchido datado e assinado pelo médico responsável e entregue junto a organização da prova UltraMaratona 6h de araucária.

Eu, _____ médico(a) abaixo assinado atesto que o
(a) atleta _____ documento de identificação
nº _____ e data de nascimento ____/____/____

Não apresenta nenhuma contra indicação para participar da prova de corrida Ultra maratona () 3horas () 6horas de Araucária.

Data Local: ____/____/____, _____

Assinatura do Médico :

Carimbo Registro Profissional :

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Grupo Sanguíneo fator RH : _____

Frequência Cardíaca em repouso : (_____)

Alergia especifique : _____

Contato para Emergência : _____ fone: _____

Plano de Saúde : _____ Nº _____