

ATESTADO MÉDICO

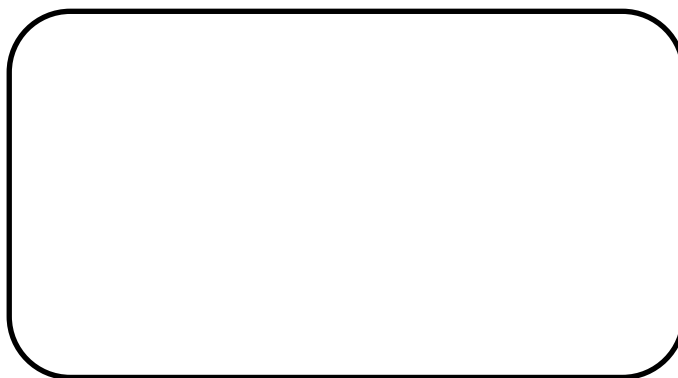
Este atestado segue os princípios da Sociedade Brasileira de Medicina Esportiva. Deverá ser preenchido, datado e assinado pelo médico responsável, constando o número do CRM (registro profissional). Este atestado deve ser enviado por e-mail (correrrenadar@correrrenadar.com.br) e o original entregue na retirada do Kit, a falta em apresentar esse documento cancela automaticamente a inscrição do atleta.

Eu, _____ médico (a) abaixo-assinado, atesto que os exames do (a) atleta (a) _____ documento de identificação nº _____ e data de nascimento: ____/____/____ não apresentaram nenhuma contraindicação para participar de competições de corrida de ultra maratona de _____ Hs.

Data/Local: _____



Assinatura Médico



Carimbo Registro Profissional

Grupo sanguíneo (fator RH): _____

Frequência cardíaca em repouso: _____

Alergia (especifique): _____

Contato para emergência: _____ Telefone: () _____

Plano de saúde: _____ N°: _____

ORGANIZAÇÃO

CIRCUITO ULTRA SUMMIT

