

ANEXO II

ATESTADO MÉDICO – LA MISION BRASIL 2018

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 corrida trail run, modalidade individual de _____ Km.

Atestado médico emitido em (local): _____.

Data: _____.

Médico responsável

Carimbo com Registro Profissional

Especificar caso haja algum tipo de alergia: _____

OBSERVAÇÃO: SERÃO ACEITOS OUTROS MODELOS DE ATESTADO MÉDICO, DESDE QUE ESTEJA NO PRAZO DE VALIDADE DE 6 MESES E CONTENHA OS DADOS EXEMPLIFICADOS NESSE MODELO.