

ATESTADO MÉDICO – PROVAS KTR – 2024

Eu, _____ médico(a),

atesto que os exames do(a) atleta:

documento de identificação, RG () CPF () n°. _____ e

data de nascimento: ____ (dia) ____ (mês) ____ (ano) não apresentam nenhuma

contra-indicação para participar em corridas de competição de montanha (trail run),

na modalidade individual de _____ kms.

Atestado médico emitido em: (cidade) _____ Estado _____

Data: _____

CRM: _____

Assinatura Carimbo com Registro Profissional

Especificar caso haja algum tipo de alergia ou cuidado especial:

"OBSERVAÇÃO: SERÃO ACEITOS OUTROS MODELOS DE ATESTADO MÉDICO, DESDE QUE ESTEJA NO PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES E CONTENHA OS DADOS EXEMPLIFICADOS NESSE MODELO.