

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 (correrenadar@correrenadar.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 _____ documento de identificação nº _____ e data de nascimento: ____/____/____ não apresentaram nenhuma contraindicação para participar da Ultramaratona Aquática da Ilha do Mel.

() 23K

() 13K

Data/Local: _____



Assinatura Médico



Carimbo Registro Profissional (CRM)

Grupo sanguíneo (fator RH): _____

Frequência cardíaca em repouso: _____

Alergia (especifique): _____

Contato para emergência: _____ Telefone: () _____

Plano de saúde: _____ N°: _____

ORGANIZAÇÃO

