

ATESTADO MÉDICO

Atleta nº _____
(Preenchido pela Organização)

Eu, o médico responsável, _____ (nome do médico)

Certifico que _____ (nome do atleta)

Nascido em ___/___/____ (data de nascimento do atleta)

Foi submetido a um exame médico e não apresenta qualquer indicação contra a prática do triathlon competitivo de longa distância.

Cidade _____; Estado _____; País _____

Data ___/___/____ (não válido com mais de seis meses da data do evento)

Assinatura e carimbo do médico
