



CERTIFICADO MÉDICO DE APTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA INTENSA

QUEM ESTÁ ASSINANDO, MÉDICO

DECLARAR NA BASE DOS ESTUDOS REALIZADOS QUE

.....

RG/PASSAPORTE:

DATA DE NASCIMENTO:

NÃO PRESENTE QUALQUER CONTRA-INDICAÇÃO MÉDICA PARA PARTICIPAÇÃO
EM UMA CORRIDA DE MONTANHA DE KM.

DATA: _____

ASSINATURA: _____

SELO: _____