



CERTIFICADO MÉDICO

Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após a aprovação no teste de aptidão física, o documento deverá ser preenchido com letra de forma legível, datado e assinado pelo médico, juntamente com o seu carimbo de registro profissional.

A apresentação do presente certificado é OBRIGATÓRIA e deverá ser entregue aos organizadores do evento NO RECEBIMENTO DO KIT, de acordo com o regulamento da prova. A não apresentação deste documento impossibilitará a retirada do Kit por parte do atleta e, conseqüentemente, o mesmo não poderá participar do SRN RACE MTB/RUN 2026, tendo sua inscrição imediatamente cancelada.

Eu, _____ médico(a), abaixo assinado, atesto que os exames do(a) atleta

_____,
CPF nº _____, e data de nascimento ____/____/____, não apresentam nenhuma contraindicação para participar em competições de Corrida conforme opção escolhida.

Atestado médico emitido em (local): _____.

Data ____/____/____.

Assinatura

Carimbo Profissional

DADOS COMPLEMENTARES

Grupo sanguíneo (fator RH): _____

Frequência cardíaca em repouso: _____ Frequência cardíaca alcançada: _____

Alergia (especifique): _____

Para emergência contactar: Telefone: () _____

Plano de saúde: N°: _____