

GRAVEL HILLS

CERTIFICADO MÉDICO DE APTIDÃO ESPORTIVA

DADOS DO ATLETA

NOME: _____

CPF: _____ SEXO: _____ DATA DE NAS.: _____

ENDEREÇO: _____

**CERTIFICO TER EXAMINADO O ATLETA ACIMA, E NÃO
FOI CONSTADO NENHUMA CONTRAINDICAÇÃO MÉDICA
PARA A PRÁTICA DE CICLISMO COMPETITIVO.**

DADOS DO MÉDICO

NOME: _____

CRM: _____

Assinatura e carimbo

Local e data