



ATESTADO MÉDICO

Este atestado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após a aprovação do médico, o documento deverá ser preenchido com letra de forma legível, datado e assinado pelo médico, juntamente com o carimbo de registro profissional. A apresentação do presente atestado é OBRIGATÓRIA no momento da retirada do KIT da prova. O atleta que não o apresentar terá a inscrição automaticamente cancelada.

Eu, _____ médico(a)
abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta
_____ documento de identificação nº
_____ e data de nascimento
____/____/____ indicam que o mesmo está apto e não apresenta nenhuma contra
indicação para participar de competições de triathlon extremo, com distâncias de 2000m
de natação, 87km de ciclismo e 22 km de corrida com duração de um dia inteiro
ininterrupto de competição.

Atestado médico emitido em _____ (local):

Data: ____/____/____

Assinatura

Carimbo Registro Profissional

Dados complementares:

Grupo Sanguíneo (fator RH): _____ Frequência Cardíaca em Repouso
: _____

Para emergência, contactar: _____ Telefone:

Alergia (especifique): _____