



ATESTADO MÉDICO
DESAFIO DOS ROCHAS ULTRA TRAIL RUN 2019

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Por meio do presente documento, com data de ____/____/____, ATESTO que o/a Sr/a _____, CPF _____, não possui nenhuma contra-indicação para participar de eventos de ultra endurance, encontrando-se apto a participar do evento DESAFIO DOS ROCHAS ULTRA TRAIL RUN, que ocorrerá no dia 04/05/2019, na distância de 100km, modalidade INDIVIDUAL.

Exames solicitados:

Observações médicas:

Assinatura - Atleta

Assinatura e Carimbo - Médico