



CERTIFICADO MEDICO

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 **IMPERADOR RACE 2024** tendo sua inscrição imediatamente cancelada.

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

CPF nº _____ e data de nascimento _____ 3 3 \$

não apresentam nenhuma contraindicação para participar em competições de Mountain Bike 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: _____ 826 _____