



CERTIFICADO MÉDICO

Atesto junto à Organização da UT 50k SERRA DA IBIAPABA que os exames do(a) atleta _____, documento de identificação nº _____ e data de nascimento ____/____/____ não apresentam restrições quando à participação em Eventos de Corrida Trail Run.

_____, ____/____/____
(local e data)

Assinatura e carimbo CRM (legível)

=====

OUTRAS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A SEGURANÇA DO(A) ATLETA

Grupo Sanguíneo (fator RH): _____

Frequência Cardíaca, em repouso: ____bpm

Alergas: _____

Contato Emergência: _____ Celular () _____

Plano de Saúde: _____ Nº _____

Assinatura do(a) Atleta



CELULAR/WHATSAPP: 085 999930701
SITE: www.serradaibiapaba.com.br