



ATESTADO MÉDICO

Eu, Dr./aa _____ ,
doutor em Medicina, certifico que examinei o
Sr/Sra _____ nascido/a em
____ / ____ / ____ , idade _____ anos e declaro que está
apto/a a participar de competições de ciclismo.

Atestado médico firmado em (cidade): _____ ,

Data: ____ / ____ / ____ ,

Assinatura: _____

Carimbo médico:

