



## ATESTADO MÉDICO

Eu, Dr. \_\_\_\_\_,  
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 oficial:

