



## 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 oficial: