



ANEXO II
ATESTADO MÉDICO
XINGÓ TRAIL RUN

Eu, _____ médico(a) abaixo-assinado,

atesto que os exames do(a) atleta(a) _____

RG nº _____ e data de nascimento: ____/____/____

não apresentaram nenhuma contra-indicação para participar em competições de corrida trail run,

modalidade individual de _____ Km.

Atestado médico emitido em (local): _____.

Data: ____/____/____

Médico responsável
(Carimbo com Registro Profissional)

OBSERVAÇÃO: SERÃO ACEITOS OUTROS MODELOS DE ATESTADO MÉDICO, DESDE QUE ESTEJA NO PRAZO DE VALIDADE DE 6 MESES E CONTENHA OS DADOS EXEMPLIFICADOS NESSE MODELO.