



ATESTADO MÉDICO MEDICAL CERTIFICATE

Eu, o médico responsável,

_____ (nome do médico)

Certifico que

(nome do atleta)

Nascido em ___/___/____ (data de nascimento do atleta)

Foi submetido a um exame médico e não apresenta qualquer indicação contra a prática do ciclismo de estrada de longa distância.

Cidade_____;

Estado_____;

País_____

Data ___/___/____ (não válido com mais de seis meses da data do evento)

Assinatura e Carimbo do Médico

PROTOCOLO

Recebido atestado médico em ___/___/____, do atleta de número

_____.

Nome do Staff – Entrega de Kits

Nome do Staff – Check-in