

ATESTADO MÉDICO

Declaro para devidos fins que _____
(Nome completo e legível do(a) paciente.)

foi por mim examinado(a), encontra-se em bom estado de saúde, diante disso, atesto que o(a) mesmo(a) encontra-se apto(a) a praticar atividade física competitiva.

Data: _____/_____/2025

Assinatura do Médico

Nº do CRM:

Carimbo