

## 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