



COLOSSO



DESAFIO DOS DEUSES
2018



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o(a) atleta _____

_____, nascido(a) em
___/___/___, portador(a) do documento de identidade n°. _____, emitido
em ___/___/___, pelo órgão _____ e CPF n°. _____, foi por mim examinado (a)
estando em pleno gozo de saúde, podendo praticar atividades esportivas, estando apto(a) a participar do
DESAFIO DOS DEUSES 2018.

NOME DO (A) MÉDICO (A): _____

CRM: _____

DATA: ___/___/___

ASSINATURA DO (A) MÉDICO (A):

CARIMBO CRM: