



CERTIFICADO MÉDICO 2024

Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após a aprovação no teste de aptidão física o documento deverá ser preenchido com letra de forma legível, datado e assinado pelo médico juntamente com a inserção de seu carimbo de registro profissional. A apresentação do presente certificado é OBRIGATÓRIA e deverá ser enviada a organização até a data limite de **20 de novembro** do corrente ano, através do e-mail desafioverticalsports@gmail.com, de acordo com o regulamento da prova. A não apresentação deste documento impossibilitará que o atleta participe do evento, tendo a sua inscrição imediatamente cancelada no percurso Ultra.

Eu, _____ médico(a), abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta

_____,
CPF nº _____, e data de nascimento ____/____/____, **não apresentam nenhuma contraindicação para participar do Desafio Vertical ARATUBA Ultra 50k 2024, evento de corrida a pé (trail run) em serras, trilhas e estradas com características técnicas e de elevada altimetria.**

Atestado médico emitido em (local): _____.

Data ____/____/____.

Assinatura

Carimbo Profissional