



ATESTADO MÉDICO

Eu, Dr./aa _____, doutor em
Medicina, certifico que examinei o

Sr/Sra _____, nascido/a em

_____/_____/_____, idade _____ anos e declaro que está apto/a
a participar de competições de ciclismo.

Atestado médico firmado em (cidade): _____.

Data: ____/____/____,

Assinatura: _____

Carimbo Médico oficial: _____