



Eu, _____,
medico(a), certifico que examinei o Sr/Sra
_____, portador
do RG sob N° _____ nascido/a em
____ / ____ / _____, idade _____ anos e declaro que
está apto/a a participar da competição de ciclismo Desafio Entre
Serras realizada na Cidade de Crato-Ceará.

Atestado médico firmado em (cidade): _____,

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Carimbo Médico oficial:

--