



CERTIFICADO MÉDICO

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 o seu carimbo de registro profissional.

A apresentação do presente certificado é **OBRIGATÓRIA** e deverá ser entregue aos organizadores do evento **NO RECEBIMENTO DO KIT**, de acordo com o regulamento da prova. A não apresentação deste documento impossibilita a retirada do Kit por parte do atleta e, conseqüentemente, o mesmo não poderá participar do **IMPERADOR RACE 2026**, tendo sua inscrição imediatamente cancelada.

Eu, abaixo assinado, atesto que o(a) atleta,

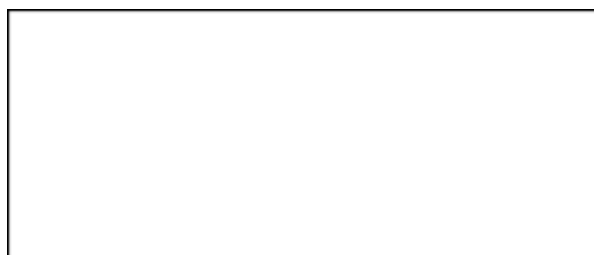
Nome: _____

CPF nº: _____ Data de nascimento: __/__/____

foi avaliado(a) clinicamente e não apresenta nenhuma contraindicação médica para participar de competições de Mountain Bike, conforme a modalidade escolhida.

Local de emissão: _____ Data: __/__/____

Assinatura



Carimbo Profissional

Dados Complementares:

Grupo sanguíneo (fator RH):

Frequência cardíaca em repouso: Frequência cardíaca alcançada:

Alergia

(especifique):

Para emergência contactar:

Telefone:

)

Plano de saúde: N°: