



# HORIZONTES

TURISMO DESPORTIVO

## CERTIFICADO MÉDICO

---

**Nome completo do atleta:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_

**Cartão de Cidadão /BI ou nº Passaporte:** \_\_\_\_\_

O presente atestado serve para efeito de participação em prova de longa distância de trail running, a realizar pela Horizontes no ano de 2024.

Aceita-se como válido o atestado realizado com validade de 1 ano à data da referida prova.

Identificação do Médico (Nome) \_\_\_\_\_

Número de licença ou vinheta: \_\_\_\_\_

Certifico que o atleta \_\_\_\_\_ não apresenta nenhum impedimento à prática da corrida referida no presente certificado.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

*Assinatura do medico e Vinheta*