



EXTREMO SUL

U L T R A M A R A T H O N

Certificado Médico

Nome completo do atleta: _____

Data de Nascimento: _____

RG ou n° Passaporte: _____

O presente atestado serve para efeito de participação em prova de longa distância de trail running, a realizar nos dias 24 a 26 de Novembro de 2023.

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 acima mencionado, não apresenta nenhum impedimento à prática da corrida referida no presente certificado.

Assinatura e Vinheta