



SKYRUNNER® BRAZIL SERIES

APÊNDICE B

2024 CERTIFICADO MÉDICO PARA ESPORTES DE ALTA INTENSIDADE

Eu, Dr. (nome, sobrenome) _____
Nascido em (cidade, país) _____
Em (dd/mm/aaaa) _____
Com consultório em (endereço completo) _____
E telefone _____

DECLARO

Que o(a) paciente (nome, sobrenome) _____
Nascido em (cidade, país) _____
Em (dd/mm/aaaa) _____
Residente em (endereço completo) _____
N° de identidade _____

De acordo com os resultados dos exames e exames médicos, encontra-se saudável e encontra-se apto(a) para a prática de esportes competitivos de alta intensidade em geral e para maratona.

Este certificado é válido até (dd/mm/aaaa) _____
Este certificado deve ser válido por 1 ano.

Data (dd/mm/yyyy) _____

Assinatura e carimbo do médico

Os registros de histórico pessoal são mantidos na sede da Skyrunning Brazil, R Duvivier 51 Rio de Janeiro 22020020 Brasil, e podem ser revisados, alterados e excluídos a qualquer momento mediante solicitação do indivíduo.