



ASSOCIAÇÃO DE STAND UP PADDLE DO CEARÁ - ASUPCE

CNPJ: 97.551517/0001-00

MOLOKABRA DOWNWIND 2024

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) atleta _____,
gênero _____, inscrito(a) na modalidade _____,
anos de idade, RG _____, CPF _____, foi por mim avaliado(a),
e que o(a) mesmo(a) está em pleno gozo de saúde, podendo praticar qualquer tipo de atividade
desportiva, seja ela recreativa ou de competição, incluindo a competição náutica de alta
performance intitulada Molokabra Downwind 2024, a ser realizada no Estado do Ceará entre os
dias 30 de Agosto e 8 de Setembro de 2024. Informo que de acordo com a avaliação realizada não
há nenhum tipo de alteração sistêmica ou doença que impeça ou limite a sua participação.

_____, ____ de _____ de 2024.

Assinatura e Carimbo do Médico com CRM

Ciente: _____ (Assinatura do Atleta)

ESTE MODELO DE ATESTADO É APENAS UMA SUGESTÃO

ENVIAR ENTRE OS DIAS 1 E 31 DE JULHO DE 2024 PARA O EMAIL ABAIXO

credenciamento@molokabra.com.br

Obs: A organização não exige nenhum tipo de exame complementar. É uma decisão exclusivamente do Médico do atleta solicitar de acordo com a avaliação realizada