

ASSOCIAÇÃO DE STAND UP PADDLE DO CEARÁ - ASUPCE

CNPJ: 97.551517/0001-00

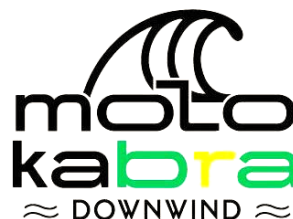
MOLOKABRA DOWNWIND 2026

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) atleta _____,
gênero _____, inscrito(a) na modalidade _____, _____
anos de idade, RG _____, CPF _____, documento de
identificação N. _____ (para estrangeiros) 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 2026, a ser realizada no Estado do Ceará entre os
dias 18 e 27 de Setembro de 2026. Informo que de acordo com a avaliação realizada não há
nenhum tipo de condição de saúde, alteração sistêmica ou doença que impeça ou limite a sua
participação.

_____, ____ de _____ de 2026.

Assinatura e Carimbo do Médico com CRM



ASSOCIAÇÃO DE STAND UP PADDLE DO CEARÁ - ASUPCE

CNPJ: 97.551517/0001-00

Ciente: _____ em ____/____/____

(Assinatura do Atleta e data)

**ESTE MODELO DE ATESTADO É APENAS UMA SUGESTÃO
ENVIAR ENTRE OS DIAS 16 E 31 DE AGOSTO DE 2026 PARA O EMAIL ABAIXO
credenciamento@asupce.org.br**

A organização não exige nenhum tipo de exame complementar.

É uma decisão exclusivamente do Médico do atleta solicitar de acordo com a avaliação realizada.

Recomendamos fortemente que TODOS os atletas estejam em dia com a sua avaliação / check up médico em virtude do alto grau de exigência física para a realização do Molokabra Downwind.

Esse atestado é OBRIGATÓRIO para todos os atletas inscritos, independentemente da idade.