



CERTIFICADO MÉDICO

Número de Inscrição/Registration Number: _____

Eu (nome do médico) (1), _____,

Certifico que (2):

Nome (3): _____ Sobrenome (4): _____

Data de Nascimento (5): _____

Está em plenas condições a participar do evento esportivo Paraty Brazil by UTMB. (6)

Data: _____

Assinatura do Médico (7):

Carimbo do Médico (8):

(1) I hereby doctor

(2) Certifies that the examination of

(3) Surname

(4) First name

(5) Date of birth

(6) Does not reveal any indication against the practice of running Paraty Brazil by UTMB

(7) Doctor's signature

(8) Stamp of the doctor (or professional number)