



ATESTADO MÉDICO

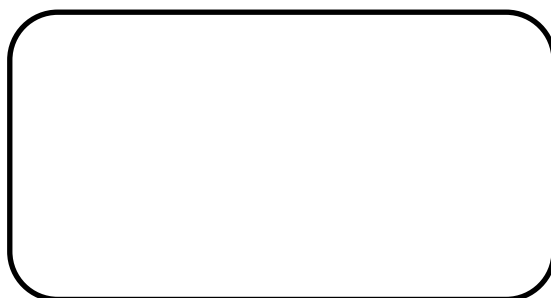
Eu, _____ médico(a) abaixo-assinado,
atesto que os exames do(a) _____
documento de identificação nº _____ e data de
nascimento: ____/____/____ não apresentaram nenhuma contraindicação
para participar da caminhada “Caminho da Fé”, com duração de 4 (quatro) dias e
de 134 (cento e trinta e quatro) quilômetros.

Atestado médico emitido em (local): _____.

Data: _____



ASSINATURA



CARIMBO
REGISTRO PROFISSIONAL

Dados Complementares:

Grupo sanguíneo (fator RH): _____ Frequência cardíaca em repouso: _____

Alergia(especifique): _____

Para emergência contactar: _____ Telefone: _____

Plano de saúde: _____ N°: _____