

Certifico que examinei o Sr.(Sra.) _____ nascido(a)
em ____ / ____ / ____, idade _____ anos e declaro que está apto(a) a participar
da competição de ciclismo Granfondo Rio de Janeiro 2019.

Atestado médico firmado em (cidade): _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Carimbo Médico oficial com CRM: