

ATESTADO MÉDICO

O piloto _____, portador do CPF n°:
_____, filiado à Federação Gaúcha de Motociclismo (FGM),
sob n° CBM: _____ em 2014 foi atendido neste serviço, por mim
_____(nome do médico), onde foi realizada a
avaliação funcional e cardiológica sendo que o mesmo não apresenta alterações clínicas,
estando apto a prática de atividade desportiva de alto rendimento.

_____, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do médico e carimbo com número do C.R.E.M.E.