

L'ÉTAPE
BRASIL
BY **TOUR DE FRANCE**

ATESTADO MÉDICO

Eu, Dr./aa _____, doutor em Medicina, certifico que examinei o Sr/Sra _____ nascido/a em ____/____/____, idade _____ anos e declaro que está apto/a a participar de competições de ciclismo.

Atestado médico firmado em (cidade): _____,

Data: ____/____/____,

Assinatura: _____

Carimbo Médico oficial: