

**ATESTADO MÉDICO DE LIBERAÇÃO PARA  
ATIVIDADE FÍSICA / ESPORTIVAS**

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ matrícula CAp-Coluni nº \_\_\_\_\_ por mim avaliado, encontra-

se na presente data:

- apto para prática de atividades físicas/esportivas
- apto com restrições para prática de atividades físicas/esportivas
- inapto para prática de atividades físicas/esportivas por \_\_\_\_ dias.
- inapto para prática de atividades físicas/esportivas por tempo indeterminado.

CID: \_\_\_\_\_

se for o caso

Observações/restrições: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura / Carimbo

Data: \_\_/\_\_/\_\_