

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

Atesto que o (a) Sr(a): _____

CPF nº _____ matrícula 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: ____ / ____ / ____