ATESTADO DE AVALIAÇÃO MÉDICA

Atesto que avaliei o Sr. _____

inscrito no CPF sob o n.º _____ e declaro que ele se encontra em boas condições de saúde, do ponto de vista clínico, e está **APTO** à prática de atividade física de alta intensidade (montanhismo e caminhada).

_____, ___ de _____ de 20__.

_____

Assinatura e CRM