**ATESTADO MÉDICO COLETIVO**

ENTIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO ATLETA** | **NÚMERO DE IDENTIDADE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ATESTADO COLETIVO**

**ATESTO QUE, OS ATLETAS ACIMA RELACIONADOS FORAM POR MIM EXAMINADOS, ESTANDO EM PERFEITAS CONDIÇÕES FÍSICA E MENTAL, PARA DISPUTAR O CAMPEONATO ALAGOANO DE JUDÔ - 2017.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DO MÉDICO | Nº DO CRM | ASSINATURA DO MÉDICO |
|  |  |  |