



CENTRO INTEGRADO DE EDUCAÇÃO,  
ESPORTE E LAZER DE ITATINGA



## ATESTADO DE EXAME MÉDICO

Data de Exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cadastro nº: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Assinale com (X) as opções abaixo:

Musculação - 1 ano: ( ) Apto ( ) Não Apto ( ) Não Realizado

Hidroginástica - 6 meses: ( ) Apto ( ) Não Apto ( ) Não Realizado

Piscinas - 6 meses: ( ) Apto ( ) Não Apto ( ) Não Realizado

Ciclismo Indoor - 1 ano: ( ) Apto ( ) Não Apto ( ) Não Realizado

### Observações:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITATINGA  
DIRETORIA DE ESPORTE, LAZER, TURISMO E CULTURA