

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTIDÃO FÍSICA
(PARA SER COMPLETADO E ASSINADO PELO MÉDICO)**

Certifico que
.....(nome
completo do paciente), com RG: (RG do paciente), foi
avaliado(a) do ponto de vista médico e não apresenta, até a presente data, contraindicações
para a prática de atividade física, estando em condições de saúde adequadas para realizar
atividades físicas de intensidade
.....
..... (MODERADA OU BAIXA
INTENSIDADE - VIGOROSA OU ALTA INTENSIDADE).

Data de emissão:/...../.....

Nome e sobrenome do médico:

Número de registro médico:

.....

Assinatura e carimbo do médico.