

NOME DO HOSPITAL/CLÍNICA
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que _____ NOME DO CANDIDATO(A) _____, nascido(a) em _____/_____/_____, portador(a) do CPF nº _____, filho(a) de _____ NOME DO RESPONSÁVEL _____ e _____ NOME DO RESPONSÁVEL _____, foi avaliado(a) por mim e se encontra APTO ou INAPTO ou APTO COM RESTRIÇÕES (especificar as restrições) para fins escolares e atividades físicas.

LOCAL, _____ de _____ de 2021.

(ASSINATURA E CARIMBO)

NOME DO MÉDICO

CRM N°