

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Tenho total conhecimento e sei da explícita solicitação do ATESTADO MÉDICO contendo meu tipo sanguíneo, fator Rh, alergias, uso ou não de medicamentos controlados, se há necessidades especiais, pela organização do evento Ultra Trail Amazônica, tanto via comunicados quanto ao especificado no Regulamento da prova e o não apresentei por razões pessoais.

Declaro que estou ciente que irei participar de um evento de alta performance, que minhas condições físicas e psicológicas estão adequadas para participar deste evento.

Eu estou APTO!

Declaro ainda que os exames clínicos e físicos para avaliação da minha capacidade foram realizados e são verídicas todas as informações por mim fornecidas a organização do referido evento, para tanto firmo a presente declaração abaixo assinado.

Nome: _____

Assinatura: _____

RG/BI ou Passport Nº: _____ DATA: __/__/____

Tipo Sanguíneo e fator RH _____

Alergias: _____

Uso de medicamentos: _____

Necessidades especiais: _____