



Número de Peito  
Bib Number

Campo preenchido pela organização.  
To be completed by IRONMAN staff.

**ATESTADO MÉDICO**  
**MEDICAL CERTIFICATE**

Eu, o médico responsável, \_\_\_\_\_ (nome do médico)

I, the signing medical doctor \_\_\_\_\_ (doctor's name)

Certifico que \_\_\_\_\_ (nome do atleta)

Certify that \_\_\_\_\_ (athelte's name)

Nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (data de nascimento do atleta)

Born \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (athletes's birthday)

Foi submetido a um exame médico e não apresenta qualquer indicação contra a prática do triathlon competitivo de longa distância.

Has undergone a medical examination and does not present any indication against the practise of competitive long distance Triathlon.

Cidade \_\_\_\_\_; Estado \_\_\_\_\_; País \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_; State \_\_\_\_\_; Country \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (não válido com mais de seis meses da data do evento)

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (not valid if older than 6 months at race day)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico

\_\_\_\_\_  
Doctor's Signature and stamp

**PROTOCOLO | RECEIPT**

Recebido atestado médico em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, do atleta de número \_\_\_\_\_.

Medical certificate received in \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, athelte's number \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Staff – Entrega de Kits

\_\_\_\_\_  
Staff's Name – Check-in