

ANEXO II

ATESTADO MÉDICO APTIDÃO FÍSICA PARA TESTE DE SUFICIÊNCIA FÍSICA – TSF

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____

_____,

inscrito(a) no CPF sob o nº _____, foi

avaliado(a) por mim e se encontra () apto / () inapto, ou () apto com

restrições (que devem ser especificadas) _____

_____ para prática de

atividades físicas, em especial Nataação e atividades náuticas.

_____/_____, _____ de _____ de _____
(município) - (UF) (dia) (mês) (ano).

(assinatura e carimbo)
(nome do médico)
CRM (informar)