

**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 Natação e atividades náuticas.

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

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