**(Obrigatoriamente em papel timbrado)**

Atesto para os devidos fins, que a atleta **NOME DA ATLETA,** inscrita sob o CPF nº **NÚMERO DO CPF,** candidata ao Programa Bolsa Atleta.

1. Período gestacional;
2. Previsão do parto;
3. Previsão de retorno às atividades esportivas.

**MUNICÍPIO (UF), DIA, MÊS e ANO**

**ASSINATURA e CARIMBO DO MÉDICO OBSTETRA OU DA FAMÍLIA**

**NOME e CRM DO MÉDICO OBSTETRA OU DA FAMÍLIA**