



AVALIAÇÃO MÉDICA

(ESTÁGIO OBRIGATÓRIO SUPERVISIONADO)

UFRRJ

CTUR

- Nome: _____

- Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

- Matrícula: _____ - Curso: _____

- Será submetido(a) à atividade física? Sim Leve Moderada Intensa
 Não

Assinatura do Discente

[PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO RESPONSÁVEL]

Após avaliação clínica do supracitado, declaramos que o mesmo encontra-se

Apto Apto com restrições Inapto

a exercer as funções exigidas para o estágio a que se destina.

_____, _____ de _____ de 2018.

Assinatura e Carimbo do Médico Avaliador