



Allgemeine Angaben zum Mitglied:

Name:

Anschrift:

Geburtstag:

Name des Arztes:

Anschrift:

Nach einer „einfachen sportärztlichen Untersuchung“ bestätige ich hiermit der obengenannten Person eine

Sporttauglichkeit

zur Ausübung der Kampfsportart Taekwon- Do und / oder T.S.D..

Stempel des Arztes:

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| | | |
| <i>Datum</i> | <i>Unterschrift des Arzt</i> | <i>Name (in Druckbuchstaben)</i> |
| <i>Zusatzblatt erhalten</i> | | |
| | | |
| <i>Datum</i> | <i>Unterschrift Vorstand</i> | |

