



CHANG HUN TAEKWON- DO VEREIN MÜHLACKER e.V.

Mitglied der
International Taekwon- Do Federation
ITF



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>

Zusatzblatt erhalten

<i>Datum</i>	<i>Unterschrift Vorstand</i>