



ÄRZTLICHES ATTEST

Die ärztliche Untersuchung ergab, dass die folgende Person für die Ausübung des Taekwondo-Sports gesundheitlich geeignet ist.

Familienname

Vorname

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Datum der Untersuchung

Ort/Datum Stempel u. Unterschrift des Arztes