



# Česká národní unie Taekwon-Do ITF

**Jméno:** .....

**Datum narození:** .....

**Číslo průkazu ID-ITF:** .....

Prohlašuji, že na základě lékařského posouzení svého zdravotního stavu, jsem způsobilý absolvovat fyzickou zátěž soutěžních utkání v Taekwon -Do ITF bez nebezpečí poškození svého zdraví a souhlasím s účastí.

Dne: .....

Podpis zákonného zástupce otec/matka:

.....

Podpis soutěžícího:

.....

