

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:

…………………....................

Podpis soutěžícího:

………………………………..

