

# ÄRZTLICHES ATTEST

ZU- und VORNAME:.....

GEB.DATUM:.....

Aus medizinischer Sicht bestehen keine Bedenken, dass Obgenannte/r am

„Wettkampfsport Taekwondo“ an Meisterschaften teilnimmt.

.....  
DATUM

.....  
UNTERSCHRIFT und STEMPEL des Arztes