 Jméno: ....................................................  
 Datum narození: .....................................   
  
  
  
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 jsem si vědom, že během soutěžního klání může dojít ke zranění. Škola Taekwon-do ITF Opava z.s. nenese v tomto případě žádnou odpovědnost.

……………………………… ……………………………………….  
podpis zákonného zástupce podpis cvičence