Lægeerklæring **Dato:**

Kæmper

Navn: _____,

Fødselsdato: _____.

Klub: _____.

Land: _____.

Har trænet kampsort siden: _____.

Tidligere og nuværende

sygdomme: _____.

_____.

_____.

_____.

Skader: _____.

_____.

_____.

Syn:

Højre: _____. Venstre: _____.

Hørelse:

Højre: _____. Venstre: _____.

Brystkasse/Ribben:

Deformitet: _____.

Blodtryk: _____.

Puls: _____.

Muskler og led:

Er der normal mobilitet i muskler og led?

_____.

Nervesystemet:

Er der normale reflekser?

_____.

Er der paralyser?

_____.

Er der kramper?

_____.

Er der psykiske abnormiteter?

_____.

– Kæmperen kan deltage Ja / Nej

Lægens navn og adresse:

_____.

_____.

_____.

_____.

Stempel:

Lægens underskrift

_____