

KICKBOXING LÆGEERKLÆRING



Navn:	Fødselsdato:
Skader:	Tidligere sygdomme:
Medicin:	
NUVÆRENDE HELBREDSTILSTAND:	
Syn:	Hørelse:
Nervesystem:	Hjertet:
Blodtryk:	Puls:
Vægt:	Evt. højde:
Lunger:	Bugvæg:
Urin (albumin og glyucose):	Ekstremiteter:
Øvrige objektive fund:	
KATEGORI (sæt ring om):	
Fullcontact Lightcontact Semicontact	
Undersøgelsessted:	Dato:
Lægens navn og adresse:	Stempel:
Lægens underskrift:	