



**WAKO / S.K.B.V.**  
Schweizerischer Kick-Boxing-Verband

**WAKO / F.S.K.B.**  
Fédération Suisse de Kick-Boxing  
Federazione Svizzera di Kick-Boxing

**WAKO / S.K.B.F.**  
Swiss Kick-Boxing Federation



## Ärztliche Kampferlaubnis in Vollkontakt

Stempel

**Hiermit bestätige ich dass der Kämpfer tauglich ist am Vollkontakt Wettkämpfe teilzunehmen.  
Bewahre dieses Dokument mit deinem Sport-Pass auf. Du musst es jedes Mal beim Wägen vorzeigen!**

**Alle Felder bitte ausfüllen**

### Kämpfer

Anrede :

Vorname :

Nachname :

Geburtsdatum :

### Der Arzt

Anrede :

Vorname :

Nachname :

Telefon :

E-Mail Adresse :

Datum :

Unterschrift Arzt und Stempel :

**Gültig für 1 Jahr**