



WORLD ASSOCIATION OF KICKBOXING ORGANIZATIONS

شهادة تقويم الأسنان

اسم ولقب الكيك بوكسر: _____

اسم ولقب جراح تقويم الأسنان: _____

أؤكد أنني قمت بتركيب تقويم أسنان على الكيك بوكسر المذكور أعلاه (يوم / شهر / سنة) _____ وأتوقع منه / عليها أن يبقيها في مكانها حتى (يوم / شهر / سنة) _____.

أؤكد أيضاً أنني قمت شخصياً بتركيب واقى فم واقى شخصي مذكور أعلاه ، وأنا واثق من أنه سيوفر له / لها حماية طبيعية للغم واللثة والأسنان ودعامة الأسنان نفسها ، إذا رغب في ذلك للمشاركة في مسابقات الكيك بوكسينغ.

أنا أعتبر أنه لن يكون معرضاً لخطر أكبر من أي شخص آخر يشارك في مسابقات الكيك بوكسينغ وفقاً لقواعد WAKO.

إعلان: "أقر بأنه ، وفقاً لللائحة (الاتحاد الأوروبي) 2016/679 (GDPR) ، أدرك أن البيانات التي تم جمعها من خلال هذا المستند ستتم معالجتها للأغراض الموضحة في إشعار خصوصية WAKO وأنني قد رأيت هذا الأخير وفقاً للمادة 13 من اللائحة العامة لحماية البيانات".

توقيع الطبيب وختمه

التاريخ

WAKO HQ: Via Alessandro Manzoni,18 - 20900 Monza (MB) Italy

E-mail: administration@wako.sport - Tel. +39 3450135521 - Fax +39 039 2328901 - Web: <http://www.wako.sport>