

Lægeseddel og acceptseddel for deltagelse i {5w /dzLJ

Stævnedato: Lørdag 3. november 2018

Dette afsnit er udfyldt af instruktør navn: _____

NB! HUSK, at vægten **SKAL** måles/ kontrolleres (ikke gættes).

Helbredsoplysninger for (navn): _____

Alder: _____ Køn: M ☐ K ☐ Vægt: _____ Kg Højde: _____ Grad: _____

Anvender du briller eller kontaktlinser? Nej ☐ Ja ☐ - Briller Ja ☐ - kontaktlinser

Anvender du medicin for - (Skriv medicin, dosis, etc. på bagsiden af dette papir)

Allergi? Nej ☐ Ja ☐

Diabetes (sukkersyge) Nej ☐ Ja ☐

Astma? Nej ☐ Ja ☐

Epilepsi? Nej ☐ Ja ☐

Hjerte-kar sygdomme? Nej ☐ Ja ☐

Anvender du medicin i øvrigt? Nej ☐ Ja ☐

Har du tidligere været bevidstløs? Nej ☐ Ja ☐ Dato: _____

Har du mén efter skader eller har du aktuelle skader? Nej ☐ Ja ☐ Hvilke? _____

Føler du dig rask og sund? Ja ☐ Nej ☐

Andre relevante oplysninger/lidelser: _____

Disse oplysninger er kun til lægelig brug på kampdagen. Støtteforbindinger er ikke tilladt i første kamp. Alle forbindinger skal godkendes. Deltagelse sker på eget ansvar.

Undertegnede forældre erklærer sig indforstået med ovenstående og vedgår oplysningernes rigtighed, samt giver tilladelse til at mit barn som anført deltager i ovennævnte kampstævne på ovennævnte dato:

Dato: _____ Forældres underskrift: _____

Undertegnede instruktør giver hermed sin tilladelse til at ovenstående barn (under 18 år) som anført

_____ deltager i ovennævnte kampstævne på ovennævnte dato:

Dato: _____ Instruktørs underskrift: _____