



CERTIFICADO DENTAL

YO D. _____ (dentista -
ortodoncista, _____) colegiado nº _____ del colegio oficial de

CERTIFICO QUE, el/la deportista _____,
con D.N.I. nº _____ y con domicilio en C/ _____,
nº _____ de _____, provincia de _____,
se encuentra autorizado/a a participar y competir en deportes de contacto, con su
protector bucal, pudiendo tomar parte a todos los niveles, en cualquier campeonato oficial
organizado por la Real Federación Española de Taekwondo, u otra territorial o club
adscrito a la misma.

Y para que así conste donde proceda, firmo y sello la presente certificación
en _____ a _____ de _____ 20__

Sello

Fdo: D: