CERTIFICADO DENTAL

Yo, Don\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ siendo(dentista – ortodoncista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con número de registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , de la provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Castilla-La Mancha (España).

CERTIFICO QUE

El deportista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está permitido para participar y competir en deportes de contacto (Tae kwon do), con su protector bucal y puede tomar parte, a todos los niveles, en cualquier Campeonato organizado por la Federación de Castilla-La Mancha de Tae kwon do y Disciplinas Asociadas.

 Firma Sello de la Entidad