



Individuell Läkare Rapport

Tävling:

Datum:

Arrangör:

Tävlings läkare:

Knockout med medvetslöshet eller annan orsak:

Avstängd fr.o.m. - t.o.m.

Hur uppstod skadan:

.....
.....
.....

Skadans omfattning:

.....
.....
.....

Åtgärd:

.....
.....

Skadades namn:

Klubbtilhörighet:

TKD Passnummer:

Datum

Underskrift tävlings läkare