



Bescheinigung Zahnsperre

Name & Vorname des Athleten

Name & Vorname des Kieferorthopäden

Ich bestätige, dass ich dem/der oben genannten Kickboxer/in eine Zahnsperre am
(tt/mm/jjjj) _____ eine Zahnsperre angepasst habe und ich
erwarte, dass er/sie diese bis zum (tt/mm/jjjj) _____ tragen muss.

Ich bestätige außerdem, dass ich dem/der oben genannten Kickboxer/in persönlich einen
persönlichen Mundschutz angepasst habe, von dem ich überzeugt bin, dass er/sie einen
normalen Schutz für Mund, Zahnfleisch und Zähne sowie die Zahnsperre selbst erhält,
falls er/sie an Kickbox-Wettkämpfen teilnehmen möchte.

Ich bin der Meinung, dass für ihn/sie kein größeres Risiko besteht als für jede andere
Person, die an Kickbox-Wettbewerben gemäß den WAKO-Regeln teilnimmt.

ERKLÄRUNG: "Ich erkläre, dass mir gemäß der Verordnung (EU) 679/2016 (GDPR) bekannt ist, dass die durch dieses Dokument
erhobenen Daten für die in der WAKO-Datenschutzerklärung beschriebenen Zwecke verarbeitet werden und dass ich diese gemäß
Art. 13 GDPR zur Kenntnis genommen habe."

Datum

Kieferorthopäde Unterschrift + Stempel

Bundesfachverband für Kickboxen e.V. (WAKO Deutschland)

Am Mühlengraben 10, 38114 Braunschweig

Vertreten durch: Oliver Hahl, Andreas Riem, Frank Feuer

Vereinsregister: Amtsgericht Bamberg, VR 201048

Internet: www.wako-deutschland.de

Bankverbindung: Sparkasse Coburg-Lichtenfels - DE 77 7835 0000 0040 6697 15

Gefördert durch:



Bundesministerium
des Innern, für Bau
und Heimat

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

