



## 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: