



WORLD ASSOCIATION OF KICKBOXING ORGANIZATIONS

Certificación de aparatos dentales

Nombre y Apellido del kickboxer _____

Nombre y Apellidos del Cirujano Ortodoncista _____

Confirmando que he colocado un aparato dental en el kickboxer mencionado anteriormente en
(dd/mm/aaaa) _____ y espero que él/ella necesite mantenerlo en
lugar hasta (dd/mm/aaaa) _____.

También confirmo que he equipado personalmente al boxeador de kickboxing antes
mencionado con un protector bucal de protección personal que confío en que le brindará una
protección normal para la boca, las encías y los dientes y el aparato dental en sí, si así lo
desea. para participar en competencias de kickboxing.

Considero que él/ella no estará en mayor riesgo que cualquier otra persona que participe en
competencias de kickboxing de acuerdo con las reglas de WAKO.

DECLARATION: "I declare that, pursuant to Regulation (UE) 679/2016 (GDPR), soy consciente de que los datos
recopilados a través de este documento se procesarán para los fines descritos en el Aviso de privacidad de WAKO y que tengo
taken vision of the latter pursuant to art.13 GDPR."

Fecha

Orthodontic Surgeon's Firma y estampa

WAKO HQ: Via Alessandro Manzoni, 18 - 20900 Monza (MB) Italy
E-mail: administration@wako.sport - Tel. +39 3450135521 - Fax +39 039 2328901 - Web: <http://www.wako.sport>

1/1