

# WORLD ASSOCIATION OF KICKBOXING ORGANIZATIONS

## MEDICAL FORM

Country Code	WAKO National Federation/Association Name	<input checked="" type="checkbox"/> Passport / <input type="checkbox"/> Identity Card No:
<b>U</b>   <b>K</b>   <b>R</b>	<b>National federation of kickboxing of Ukraine WAKO</b>	

AD Number	Family Name	Given Name	Middle Name	Nationality/Citizenship
				<b>Ukraine</b>

Event / Weight category	Pulse (min) Пульс (мин)	Blood Pressure (mmHg) Кровяное давление	

Skin exam: (Исследования кожи)	Infection (Инфекции)		
	Dermatologic disorders (дерм.расстройства)		
	Lesions (поражения)		
Head and Face: (Голова и лицо)	Any bruises, scars, swellings or tenderness (Шрамы и дефекты)		
	Eyes (окулист)	Pupils, Right	Comea Left
		Distance vision: Right	Distance vision: Left
	Ears (уши)	Hearing Right	Hearing Left
	Throat: (горло)		
	Nose: (нос)		
	Teeth (стоматолог)		
Neck: (Шея)	Is it freely movable and without pain? Evaluation of lymphatic glands & thyroid (Двигается ли свободно без боли? Увеличены ли лимфатические узлы?)		
Chest: (Грудная клетка)	Any deformities (деформации?)		
	Lungs: (легкие)		
	Heart (сердце)	Rhythm (ритм)	
		Size (размер)	
Extremities (конечности)	With special attention to the hands: (особое внимание на руки)		
	Bones (кости)		
	Joints skin (кожа на суставах)		
	Nails (ногти)		
Lung exam (исследование легких)			
Neurological examination (неврологические исследования)			
Locomotor System (опорно-двигат. аппарат)	Any scars, tenderness, swellings, muscular atrophy, restrictions or laxity of joints, any deformities of the back of restriction of spinal mobility? (Любые шрамы, чувствительность, опухоли, мышечная атрофия, ограниченность или вялость суставов, любые деформации спины или ограничения спинальной мобильности?)		
Nervous System (нервная система)	Any tremors of eyelids, tongue or outstretched fingers? (Любые нервные тики)		
Genitalia (половые органы)	Absent or undescended testical, hydrocele, varicocele, inguinal or femoral heria? ( )		

DECLARATION: I, the undersigned, declare on my honor that I am eligible and fulfill the Conditions stipulated by the Rules of WAKO."

SIGNATURE OF DOCTOR (подпись врача)

_____ " " _____ (DD/MM/YY) DATE	_____ " " _____ (DD/MM/YY) DATE
SIGNATURE AND SEAL OF PRESIDENT OR SECRETARY GENERAL OF NOK	SIGNATURE AND SEAL OF PRESIDENT OR SECRETARY GENERAL OF WAKO NATIONAL FEDERATION/ASSOCIATION

This form must be typed and must be received by WAKO no later than \_\_\_\_\_