

# LEGEATTEST (gyldig fra august 2015)



## Attestens innholdsbeskrivelse:

**Side 1:** Oversikt. Legens underskrift her bekrefter at utøveren er undersøkt i henhold til sjekkpunkter på side 2 og 3 og ansees som skikket til å delta som utøver på aktiviteter i regi av Norges Kickboxing Forbund (NKBF) og World Association of Kickboxing Organizations (WAKO).

**Side 2:** Norsk del av legeattest (NKBF).

**Side 3:** Internasjonal del av legeattest. WAKO Medical Form.

**Side 4:** Retningslinjer for internasjonal legeattest. WAKO Medical Guideline.

**Side 1, 2 og 3 skal inneholde legens underskrift, stempel og dato for når legesjekken ble utført.**

**Utøveren skal oppbevare og bringe med seg legeattestens side 1, 2 og 3 til alle aktiviteter, både nasjonalt og internasjonalt. Den skal forevises NKBF/WAKO på oppfordring.**

**Utøveren skal KUN laste opp side 1 via MedlemsPortalen på forbundets nettside for verifisering.**

## ERKLÆRING

\_\_\_\_\_ anses som kampdyktig i henhold til sjekkpunkter på attestens side 2 og 3.  
Utøvers Navn

Jeg bekrefter herved at jeg har gitt alle relevante og sannferdige opplysninger til legen for å danne et korrekt grunnlag for utarbeidelse av denne attest.

Utøvers underskrift \_\_\_\_\_

Sted \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

Legens underskrift og stempel \_\_\_\_\_



## Legeattest - Norges Kickboxing Forbund

|                            |   |                   |                                |                        |
|----------------------------|---|-------------------|--------------------------------|------------------------|
| <b>Navn:</b>               |   | <b>Født:</b>      |                                |                        |
| Høyde:                     |   | Vekt:             |                                |                        |
| <b>Historikk</b>           |   |                   |                                |                        |
| 1                          | Hvilket år begynte utøver med kickboxing?   |                   |                                |                        |
| 2                          | Erfaring fra annen kampsport?<br>Oppgi antall år og type.   |                   |                                |                        |
| 3                          | Tidligere hodeskader? (ja/nei)  |                   |                                |                        |
| 4                          | Tidligere ansiktskader?? (ja/nei)   |                   |                                |                        |
| 5                          | Sequeler? (ja/nei)  |                   |                                |                        |
| 6                          | Hvis ja på spørsmålene 3, 4 og/eller 5 - utdyp:<br>(bruk baksiden hvis behov for mer plass)   |                   |                                |                        |
| 7                          | Antall kamper uansett kampsport?<br>(gjelder KUN fullkontakt)   |                   |                                |                        |
| 8                          | Antall kamper stoppet pga hard kontakt mot<br>hodet uansett gren (KO/TKO/RSC-H)   |                   |                                |                        |
| <b>Medisinsk historikk</b> |   |                   |                                |                        |
| 1                          | Kroniske sykdommer<br>(hjerte, lunge, diabetes, epilepsi, blodsykdommer,<br>etc.)   |                   |                                |                        |
| 2                          | Faste medisiner   |                   |                                |                        |
| 3                          | Plutselig død eller alvorlig hjertesykdom under<br>50 års alder i nær familie?  |                   |                                |                        |
| 4                          | Ved risikofaktorer for hjertesykdom/arytmi, rask<br>palpabel puls eller uregelmessig aksjon ved<br>hjerтеаuskultasjon, skal utøveren undersøkes med<br>EKG. |                   |                                |                        |
| 5                          | Gjennomførte operasjoner<br>(type/dato)   |                   |                                |                        |
| 6                          | Planlagt operasjon /medisinsk behandling?<br>(type/når)   |                   |                                |                        |
| <b>Øvrig status</b>        |   |                   |                                |                        |
| 1                          | Neurologisk   | Pupiller:         | Øyebevegelse:                  | Synsfelt a.m. Donders: |
|                            |   | N. facialis:      | Dysartri:                      | Dysdiadokokinese:      |
|                            |   | Skjerpet Romberg: | Finger-nese:                   | Gange:                 |
|                            |   | Kraft:            | Tempo:                         |                        |
|                            | Reflekser:  | Biceps:           | Triceps:                       | Patellar:              |
|                            |   | Achilles:         | Plantar:                       |                        |
| <b>Annet</b>               |   |                   |                                |                        |
| 1                          | Urinstix:   |                   |                                |                        |
| 2                          | Anmerkninger (bruk baksiden ved behov for mer plass)  |                   |                                |                        |
| Dato:                      |   | Sted:             | Legens underskrift og stempel: |                        |



# WORLD ASSOCIATION OF KICKBOXING ORGANIZATIONS

|   |  |
|---|--|
| <b>MEDICAL CERTIFICATE</b><br>for kickboxer | <b>For:</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> - semi-annual registration<br><input type="checkbox"/> - annual registration<br><input type="checkbox"/> - championship - competition<br><input type="checkbox"/> - after suspension period following injury or KO/RSCH |

|                     |                                 |  |
|---------------------|---------------------------------|--|
| <b>Country Code</b> | <b>WAKO National Federation</b> | <input type="checkbox"/> <b>Passport No. /</b> <input type="checkbox"/> <b>Identity card No.</b> |
|                     |                                 |  |

| <b>Sports ID Number</b> | <b>Family name</b> | <b>Given name</b> | <b>Middle name</b> | <b>Nationality / Citizenship</b> |
|-------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|----------------------------------|
|                         |                    |                   |                    |                                  |

| <b>Gender</b><br>M / F | <b>Kickboxing discipline</b><br>Ring / Tatami / Forms | <b>Age category</b><br>CH, YC, OC, J, YJ, OJ, S, M | <b>Weight category</b> |
|------------------------|---|--|------------------------|
|                        |   |  |                        |

I hereby confirm that the kickboxer indicated above has passed a pre-participation screening following his/her national laws and WAKO Medical Rules - SEE PAGE TWO, and kickboxer is

## Medically FIT

to participate in kickboxing training and at all levels of kickboxing competition during the period of validity of this certificate.

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>This certificate is valid until:</b> | _____             |
|   | Date (dd/mm/yyyy) |

DECLARATION: "I, the undersigned, declare on my honor that I am eligible and fulfil the Conditions stipulated by the Rules of WAKO. I also declare that, pursuant to Regulation (EU) 679/2016 (GDPR), I am aware that the data collected through this document will be processed for the purposes described in WAKO Privacy Notice and that I have taken vision of the latter pursuant to art.13 GDPR."

\_\_\_\_\_  
Date (dd/mm/yy)

\_\_\_\_\_  
Signature and stamp of qualified Medical Doctor of  
the same country of residence of the kickboxer

WAKO HQ: Via Alessandro Manzoni, 18 - 20900 Monza (MB) Italy  
E-mail: [barbaraf@wakoweb.com](mailto:barbaraf@wakoweb.com) - Tel. +39 3450135521 - Fax +39 039 2328901 - Web: <http://www.wakoweb.com>

Page 1/2



## MIMINUM EXAMS AND INSTRUMENTAL ASCERTAINMENTS FOR THE RELEASE OF MEDICAL CERTIFICATE FOR WAKO DISCIPLINES

### Ring disciplines:

#### **Mandatory:**

- Medical history
- Complete physical exam, included, but not limited to, cardiovascular system (heart auscultation, blood pressure, pulses)
- Rest electrocardiogram
- Stress electrocardiogram for kickboxers aged 41 or more

#### **Optional (recommended):**

- Stress electrocardiogram (mandatory from 2024)
- Eye exam included a dilated ophthalmological examination of fundus oculi, administered by a licensed ophthalmologist (mandatory from 2025)
- Neurological exam administered by a licensed neurologist or neurosurgeon (mandatory from 2025)
- Blood Work (for kickboxers aged 18 and older): HIV, Hepatitis B Surface Antigen, Hepatitis C Antibodies (mandatory from 2028)

### Tatami disciplines:

#### **Mandatory:**

- Medical history
- Complete physical exam, included, but not limited to, cardiovascular system (heart auscultation, blood pressure, pulses)
- Rest electrocardiogram
- Stress electrocardiogram for kickboxers aged 41 or more

#### **Optional (recommended):**

- Stress electrocardiogram (mandatory from 2024 - independently from age). In Master class (veteran) competitors it is mandatory to reach a heart rate higher than 90% of their theoretical maximum (220 minus age in years)

### Forms:

#### **Mandatory:**

- Medical history
- Complete physical exam, included, but not limited to, cardiovascular system (heart auscultation, blood pressure, pulses)
- Rest electrocardiogram

#### **Optional (recommended):**

- No more tests are suggested

These are the minimum requirements for the release of a Medical Certificate for WAKO disciplines. It can be implemented case by case, following National laws and National Federations' Medical Rules.

The maximum length validity for a **Medical Certificate**, independently from the WAKO discipline is **one year**.