Regionalny egzamin na stopnie mistrzowskie (1-2 Poom/Dan) w Taekwondo Olimpijskim

Szanowni Państwo

poniżej podajemy informacje dotyczące regionalnego egzaminu na stopnie mistrzowskie (1-2 Poom / Dan) w Taekwondo Olimpijskim.

Termin: 22 maja 2026 roku.

Miejsce egzaminu: Hala Sportowa przy Zespole Szkół nr 1 im.

Komisji Edukacji Narodowej, ul. Szczecińska 47, 78-400 Szczecinek

Rejestracja uczestników: od godziny 19:30

Rozpoczęcie egzaminu: godzina 20:00

Egzamin przeprowadzony przez Komisję Egzaminacyjną PZTO w składzie:

1. Robert Kantorysiński V Dan egzaminator klasy mistrzowskiej PZTO
2. Damian Sadowski V Dan egzaminator klasy mistrzowskiej PZTO
3. Wioletta Walerowicz IV Dan egzaminator klasy mistrzowskiej PZTO

Warunki formalne:

- Ostatni stopień (kup/dan/poom) zarejestrowany w PZTO:

  https://www.pztaekwondo.pl/web/materialy-do-pobrania,101.html

- Okres karencji od ostatniego egzaminu zgodny z Regulaminem Kukkiwon (od daty rejestracji stopnia w Kukkiwon)

  - 1 dan/poom/

  - 2 dan/poom – karencja 1 rok

Osoby zainteresowane udziałem w egzaminie prosimy o przesłanie pisemnego zgłoszenia oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych (wzory w zał.) na adres: luks.kantor@poczta.fm do dnia 20 maja br.

Każdy z uczestników egzaminu winien posiadać:

- 1 zdjęcie do 2 MB w formacie .jpg w wersji elektronicznej
- odpowiednią liczbę desek do rozbijania zgodnie z wymogami egzaminacyjnymi o wymiarach 30x30x1,5
- zaświadczenie lekarskie o zdolności do uczestnictwa w egzaminie (wzór w zał.)
- indywidualny sprzęt ochronny do walk Taekwondo
- ubezpieczenie NNW (indywidualne lub klubowe)
- strój do taekwondo

U W A G I:

a) Uczestnik egzaminu wnosi opłatę za egzamin w gotówce przed egzaminem. 1poom/dan 1150 zł.; 2 poom/dan 1250 zł.
b) Informacji organizacyjnych udzielamy pod adresem mail: luks.kantor@poczta.fm lub tel 790-357-860.

Z G Ł O S Z E N I E

EGZAMIN NA STOPNIE MISTRZOWSKIE W TAEKWONDO OLIMPIJSKIM

1. Imię i Nazwisko

   .....

2. Data i miejsce urodzenia

   .....

3. Adres zamieszkania:…… ……

4. Adres mail……..……tel.....

5. Stopień ……..……Nr. certyfikatu……..…

   Data uzyskania….....

6. Klub……..……

.....

/data i podpis/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że Pan/Pani.....
/imię i nazwisko/
nie ma przeciwwskazań do przystąpienia do egzaminu na stopnie mistrzowskie w Taekwondo Olimpijskim.

…….....
/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis/