



**SHOTOKAN RYU KASE HA
INTERNATIONAL AMERICA**

空手道松涛館流加瀬派

WKS

KASE HA UNION

**ASOCIACIÓN SHOTOKAN MÉXICO JAPÓN A.C.
SOLICITUD DE EXAMEN**

NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	SEXO	TELÉFONO
NOMBRE DE LA ESCUELA		NOMBRE DEL INSTRUCTOR			
LUGAR DE EXAMEN	GRADO QUE PRESENTA	FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN	FECHA DEL EXAMEN		

Solicito atentamente se me conceda derecho a examen, acepto someterme a la decisión inapelable del examinador y del reglamento de la Asociación.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL INSTRUCTOR	FIRMA DEL ALUMNO Y NÚMERO DE AFILIACIÓN
--------------------------------------	---

PARA USO EXCLUSIVO DEL EXAMINADOR

KIHON	TOKUI KATA	SHITEI KATA	KUMITE	BUNKAI	TOTAL
OBSERVACIONES					
RESULTADO		FOTO		FIRMA DEL EXAMINADOR	