**SAĞLIK DURUMU BEYANI (1)**

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

Sağlık durumumda sürekli spor yapmama engel olabilecek hastalık veya sakatlığımın bulunmadığını beyan ederim.

 Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

SAĞLIK, KÜLTÜR ve SPOR DAİRE BAŞKANLIĞI

SOSYAL TESİSLER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ

|  |  |
| --- | --- |
| TC KİMLİK NO |  |
| ADI VE SOYADI/ İMZASI |  |
| FAKÜLTESİ/YÜKSEKOKULU / BÖLÜMÜ / BİRİMİ |  |
| KAN GRUBU |  |
| TELEFON NO |  |
| YAKININA AİT TELEFON NO |  |
| KAYIT TARİHİ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| GÜN | SAAT |
| Pazartesi | Bakım |
| Salı |  |
| Çarşamba |  |
| Perşembe |  |
| Cuma |  |
| C.TESİ |  |
| PAZAR |  |

 ÖĞRENCİ PERSONEL