**SAĞLIK BEYAN FORMU**

|  |
| --- |
| **SPORCUNUN** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Doğum Yeri Ve Tarihi** |  |
| **Baba Adı** |  |
| **Anne Adı** |  |
| **Spor Branşı** |  |
| **Lisans Numarası** |  |

Çocuğumun/Kendimin sağlık yönünden beden eğitimi ve spor faaliyeti yapmasına engel bir hali/halim bulunmamaktadır. Lisansının/ Lisansımın vize/transfer yapılmasını ve belirtilen şartları kabul ediyorum.

 **VELİNİN SPORCUNUN**

**(18 YAŞINDAN KÜÇÜKLER İÇİN ) (18 YAŞINDAN BÜYÜKLER İÇİN )**

Adı Soyadı : Adı Soyadı :

Adresi : Adresi :

Gsm : Gsm :

 İmza : İmza :

Kulüp Başkanı Adı-Soyadı

İmza/ Mühür

 …/…/2021