

**SAYI** : ...../...../.....

***SAĞLIK İZİN BELGESİ***

***SPORCUNUN*** ;

**T.C.KİMLİK NO** : .....

**ADI** : .....

**SOYADI** : .....

**DOĞUM YERİ VE YILI** : .....

**ANA ADI** : .....

**BABA ADI** : .....

**Sporcunun Spor Yapmasında ve Yarışmalara Girmesinde Sıhhi Engel Yoktur.**

Doktor Kaşesi :

Diploma No :

İmza :