Sağlık Belgesi

 ..../..../........

Katılımcının

|  |  |
| --- | --- |
| Adı – Soyadı: | TC kimlik No: |
| Doğum Yeri ve Tarihi: | Anne – Baba Adı: |

Yukarıda bilgileri bulunan kişinin **Aikido çalışmasında ve ortak çalışmalara katılmasında** sağlık açısından herhangi bir engel bulunmamaktadır.

Not: İşbu sağlık belgesi onaylandığı tarihten itibaren bir yıl geçerlidir.

Doktor Onayı

|  |  |
| --- | --- |
| Adı – Soyadı: | Kaşe – imza: |
| Diploma No: |

Sağlık Belgesi

 ..../..../........

Katılımcının

|  |  |
| --- | --- |
| Adı – Soyadı: | TC kimlik No: |
| Doğum Yeri ve Tarihi: | Anne – Baba Adı: |

Yukarıda bilgileri bulunan kişinin **Aikido çalışmasında ve ortak çalışmalara katılmasında** sağlık açısından herhangi bir engel bulunmamaktadır.

Not: İşbu sağlık belgesi onaylandığı tarihten itibaren bir yıl geçerlidir.

Doktor Onayı

|  |  |
| --- | --- |
| Adı – Soyadı: | Kaşe – imza: |
| Diploma No: |