



SAĞLIK BELGESİ

Aşağıda kimlik bilgileri bulunan kişinin sağlık kontrolü sonucunda yüzme etkinliklerine katılmasını engelleyici herhangi bir durumu olmadığını onaylarım.

Adı ve Soyadı :

Doğum Tarihi :/...../.....

Tarih:/...../.....

Doktorun Adı Soyadı :

Kaşe veya Diploma No :

Doktorun İmzası :