SAĞLIK DURUM BEYAN (1)

Adı Soyadı :

TC Kimlik Numarası :

Doğum Yeri :

Doğum Tarihi :

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

 Adı Soyadı:

 İmza

ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK, KÜLTÜR VE SPOR DAİRE BAŞKANLIĞI

SOSYAL TESİSLER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ(2)

Fitness Kayıt(2)

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

|  |  |
| --- | --- |
| **GÜN** | **SAAT** |
| **Pazartesi** |  |
| **Salı** |  |
| **Çarşamba** |  |
| **Perşembe** |  |
| **Cuma** |  |

 ÖĞRENCİ PERSONEL