\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

# T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI

**Spor Olimpiyatları**

**MÜSABIK PERSONEL SAĞLIK BEYANI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SPORCUNUN** | ADI VE SOYADI |  | FOTOĞRAF |
| T.C KİMLİK NO |  |
| KAN GRUBU | **......** Rh ( ) |
| DOĞUM TARİHİ–YERİ |  |
| KURUMU |  |
| BİRİMİ |  |
| KURUM SİCİL NO |  | |
|  | CEP TEL |  | |
|  | İŞ TELEFONU |  | |
|  | İŞ YERİ ÜNVANI VE ADRESİ |  | |
|  | HES KODU |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SPORCUNUN KATILACAĞI SPOR BRANŞI** |  |

Görev Yaptığı Kurum Yetkilisi

Mühür-İmza

**LÜTFEN ARKA SAYFADAKİ BÖLÜMÜ DOLDURUNUZ**



|  |
| --- |
| \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_  **T.C.** |
| **İÇİŞLERİ BAKANLIĞI**  **Spor Olimpiyatları** |

**SPORCU SAĞLIK ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GEÇİRİLEN HASTALIKLAR** | **EVET** | **HAYIR** | **AÇIKLAMALAR** |
| Kalp Hastalığı |  |  |  |
| Akciğer Hastalığı |  |  |  |
| Sara/Bayılma Nöbetleri |  |  |  |
| Sarılık |  |  |  |
| Kanama Bozukluğu (Hemofili) |  |  |  |
| Romatizma Hastalığı |  |  |  |
| Şeker Hastalığı |  |  |  |
| Orta Kulak İltihabı |  |  |  |
| Verem |  |  |  |
| Fıtık |  |  |  |
| Böbrek Hastalığı |  |  |  |
| Karaciğer Hastalığı |  |  |  |
| Yüksek Tansiyon |  |  |  |
| Düşük Tansiyon |  |  |  |
| Guatr |  |  |  |
| Göz veya Görme Kaybı |  |  |  |
| Belirgin İşitme Kaybı |  |  |  |
| Ruhsal Bozukluk |  |  |  |
| Geçirilmiş Trafik Kazası ve Kafa Travması |  |  |  |
| Geçirilmiş Sakatlıklar (Kırık-Çıkık) |  |  |  |
| Alerji (İlaç, Gıda vb.) |  |  |  |
| Sürekli Kullanılan İlaçlar |  |  |  |
| Geçirilmiş Ameliyatlar |  |  |  |
| Diğer (Belirtiniz) |  |  |  |

…………………………………… spor dalında spor yapmaya ve müsabakalara katılmaya engel bir durumumun olmadığını beyan ederim. ( …./…. /2021 )

Sporcunun Adı Soyadı

İ M Z A