**SAĞLIK RAPORU**

|  |
| --- |
| RESİM  DOKTOR KAŞESİ |

**SPORCUNUN:**

**Adı:**…………………………………………………

**Soyadı:**………………………………………………

**T.C.Kimlik No:**……………………………………

**İli:**ANTALYA

**Takım Adı:**

**SPORCUNUN**

**ADI SOYADI:……………………………..**

**İMZA**

**Yukarıda adı soyadı yazılı futbolcunun ANTALYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ “SAĞLIK İÇİN FİLEDE BULUŞALIM” ANTALYA SAĞLIK ÇALIŞANLARI 3.GELENEKSEL VOLEYBOL TURNUVASI’nda; yapılan fiziki muayenesine göre Voleybol oynamasında bir sakınca yoktur.**

**DOKTORUN**

**Adı Soyadı : ..................................................**

**Kurumu : ..................................................**

**Diploma No : ..................................................**

**Tarih : ..................................................**

**İmza-Kaşe : ..................................................**