**SAĞLIK RAPORU**

|  |
| --- |
| RESİM  DOKTOR KAŞESİ |

**SPORCUNUN:**

**Adı:**…………………………………………………

**Soyadı:**………………………………………………

**T.C.Kimlik No:**……………………………………

**İli:** ANTALYA

**Takım Adı:**

**SPORCUNUN**

**ADI SOYADI:……………………………..**

**İMZA**

**Yukarıda adı soyadı yazılı Sporcunun ANTALYA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ “Sağlık için Filede Buluşalım” 5.Geleneksel Voleybol Turnuvasında; yapılan fiziki muayenesine göre Voleybol oynamasında bir sakınca yoktur.**

**DOKTORUN**

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

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

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

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

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