



Sağlık Bilgi Formu / Health Information form

Adı / Soyadı		T.C No	
Name / Surname			
Doğum Tarihi		Uyruk	
Date of Birth		Nationality	
Cep Telefonu			
Gsm Phone			
E-posta			
E-mail			

Mevcut fiziksel ve zihinsel durumum hakkında tam bilgi sahibi olduğum için, salonunuzda spor yapmayı gönüllü olarak kabul ediyorum ve onunla ilişkili her türlü riski kabul ediyorum. Spor yapmama mani olacak herhangi bir sağlık problemim yoktur.

Since I am fully informed about my current physical and mental condition, I voluntarily accept doing sports in your sports hall and accept any risks associated with it.
I do not have any health problems that would prevent me from doing sports.

Covid 19 tedbirleri kapsamında kişisel verilerimin Sağlık Bakanlığı ve kuruluşları ile paylaşımına izin veriyorum.

Tarih / Date :

İmza / Signature :

HES KODU

--	--	--