**Altındağ Halk Eğitimi Merkezi Müdürlüğü’ne**

…………………………………………....…… kursu Programın gerektirdiği uygulamaları yapmaya engel olacak bir sağlık sorunu / sorunum olmadığını ve tüm sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ve beyan ederim. .…./.…/202..…

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BEYANDA BULUNAN SPORCUNUN (**KURSİYER**): | |  | 18 YAŞINDAN KÜÇÜK İSE  **VELİ / VASİSİNİN**: | |
| Adı Soyadı | :…………………………..… |  | Adı Soyadı | :…………………………… |
| T.C. Kimlik No | :………………………..…… |  | T.C. Kimlik No | :…………………………… |
| Doğum Yeri Ve Tarihi | :………………………..…… |  | Doğum Yeri Ve Tarihi | :…………………………… |
| İmzası | :…………………………..… |  | İmzası | :…………………………… |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HAZIRLAYAN  Yönetim Sistemi Temsilcisi | | ONAYLAYAN  Müdür | | |
| ………………………………….  Yönetim Sistemi Temsilcisi | | ……………………………………  Merkez Müdürü | | |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ALTINDAĞ HALK EĞİTİMİ MERKEZİ | **KURS AÇMA FORMLARI** | KOD NO | F-09 |
| YAYIN TARİHİ | 12.08.2024 |
| **SAĞLIK DURUMU BEYANI** | REV. TAR./NO | - |
| SAYFA NO | 1 / 1 |

**Altındağ Halk Eğitimi Merkezi Müdürlüğü’ne**

…………………………………………....…… kursu Programın gerektirdiği uygulamaları yapmaya engel olacak bir sağlık sorunu / sorunum olmadığını ve tüm sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ve beyan ederim. .…./.…/202..…

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BEYANDA BULUNAN SPORCUNUN (**KURSİYER**): | |  | 18 YAŞINDAN KÜÇÜK İSE  **VELİ / VASİSİNİN**: | |
| Adı Soyadı | :…………………………..… |  | Adı Soyadı | :…………………………… |
| T.C. Kimlik No | :………………………..…… |  | T.C. Kimlik No | :…………………………… |
| Doğum Yeri Ve Tarihi | :………………………..…… |  | Doğum Yeri Ve Tarihi | :…………………………… |
| İmzası | :…………………………..… |  | İmzası | :…………………………… |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HAZIRLAYAN  Yönetim Sistemi Temsilcisi | | ONAYLAYAN  Müdür | | |
| ………………………………….  Yönetim Sistemi Temsilcisi | | ……………………………………  Merkez Müdürü | | |
|  |  | |  |