

## SAĞLIK RAPORU

RESİM  
DOKTOR KAŞESİ

### FUTBOLCUNUN:

Adı:.....

Soyadı:.....

T.C.Kimlik No:.....

İli:

Takım Adı:

FUTBOLCUNUN

ADI SOYADI:.....

İMZA:

Yukarıda adı soyadı yazılı futbolcunun ANTALYA ORGANİZE SANAYİ BÖLGESİ 2. HALI SAHA FUTBOL TURNUVASI'nda; yapılan fiziki muayenesine göre futbol oynamasında bir sakınca yoktur.

### DOKTORUN

Adı Soyadı : .....

Kurumu : .....

Diploma No : .....

Tarih : .....

İmza-Kaşe : .....