**T.C.**

**ANKARA VALİLİĞİ**

**GENÇLİK VE SPOR İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**KURSİYER KAYIT FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KURSİYERİN** |  ADI VE SOYADI |  |  |
|  T.C KİMLİK NO |   |  |
|  KAN GRUBU |  **......** Rh ( ) |  |
|  DOĞUM TARİHİ–YERİ | **-** |  |
| CİNSİYET |  |  |
| BOY |  |  |
| KİLO |  |  |
| OKULU |  |  |
| SINIFI |  |  |
|  |  |  |
| ANNE ADI |   |
| ANNE MESLEĞİ |   |
| ANNE TEL. NO |    |
|  BABA ADI |   |
|  BABA MESLEĞİ |   |
| BABA TEL. NO |   |
| AİLENİN AYLIK GELİRİ |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| YAPMAK İSTEDİĞİNİZ BRANŞLAR |  |  |  |
| TERCİH ETTİĞİNİZ TESİSLER |  |  |

Daha önce hiç spor yaptınız mı?. Yaptıysanız nerede?

( ) Yapmadım                           ( ) Yaptım : . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ailenizde spor yapan var mı ?

( ) Yok                         ( ) Var        (Var ise spor dalı) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

( ) Amatör sporcu      ( ) Profesyonel sporcu       ( ) Milli sporcu

Herhangi bir spor dalında yarışmaya katıldınız mı?. Katıldıysanız başarınız nedir?

( ) Katılmadım            ( ) Katıldım             Dereceniz : . . . . . . . . . . . . . . . . .

**LÜTFEN ARKA SAYFADAKİ BÖLÜMÜ DE DOLDURUNUZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KAYIT TARİHİ | KAYIT GÖREVLİSİİmza | UYGUNDUR |
| \_ \_ / \_ \_ / 202\_ |  |

**T.C.**

**ANKARA VALİLİĞİ**

**GENÇLİK VE SPOR İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**KURSİYER SAĞLIK VE İZİN BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GEÇİRİLEN HASTALIKLAR** | **EVET** | **HAYIR** | **AÇIKLAMALAR** |
| Kalp Hastalığı |  |  |  |
| Akciğer Hastalığı |  |  |  |
| Sara/Bayılma Nöbetleri |  |  |  |
| Sarılık |  |  |  |
| Kanama Bozukluğu (Hemofili) |  |  |  |
| Romatizma Hastalığı |  |  |  |
| Şeker Hastalığı |  |  |  |
| Orta Kulak İltihabı |  |  |  |
| Verem |  |  |  |
| Fıtık |  |  |  |
| Böbrek Hastalığı |  |  |  |
| Karaciğer Hastalığı |  |  |  |
| Yüksek/Düşük Tansiyon |  |  |  |
| Guatr |  |  |  |
| Fiziksel Engel |  |  |  |
| Göz veya Görme Kaybı |  |  |  |
| Belirgin İşitme Kaybı |  |  |  |
| Ruhsal Bozukluk |  |  |  |
| Geçirilmiş Trafik Kazası ve Kafa Travması |  |  |  |
| Geçirilmiş Sakatlıklar (Kırık-Çıkık) |  |  |  |
| Alerji (İlaç, Gıda vb.) |  |  |  |
| Sürekli Kullanılan İlaçlar |  |  |  |
| Geçirilmiş Ameliyatlar |  |  |  |
| Diğer (Belirtiniz) |  |  |  |

Yukarıdaki bilgilerin adı geçen kursiyere ait olduğunu, bilgilerdeki yanlışlık veya eksikliklerden dolayı ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinden tüm sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ederim. Ayrıca adı geçen kursiyerin yukarıda belirtilen branşlarda kursiyer olarak kayıt yaptırıp spor yapmasında sağlık yönünden bir sakınca bulunmadığını, çalışma boyunca elde edilecek istatistiki veri ve görsellerin çalışma kapsamında kullanılmasına ve belirttiğim iletişim adreslerinden tarafımıza erişilmesine izin verdiğimi beyan ederim.

Velisinin Adı ve Soyadı

 İ M Z A