EK-1

SERİNHİSAR HALK EĞİTİMİ MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

SAĞLIK DURUMU BEYANI

……………………………………………………………. Kurs programın gerektirdiği uygulamaları yapmaya engel olacak bir sağlık sorunu / sorunum olmadığını beyan ederim. .../..,/20..

**BEYANDA BULUNAN KİŞİ: 18 YAŞINDAN KUÇUK İSE VELİ / VASİNİN:**

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

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

Doğum Yeri ve Tarihi: Doğum Yeri ve Tarihi:

İmzası: İmzası:

EK-1

Sser

SAĞLIK DURUMU BEYANI

……………………………………………………………. Kurs programın gerektirdiği uygulamaları yapmaya engel olacak bir sağlık sorunu / sorunum olmadığını beyan ederim.

 .../..,/20..

**BEYANDA BULUNAN KİŞİ: 18 YAŞINDAN KUÇUK İSE VELİ / VASİNİN:**

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

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

Doğum Yeri ve Tarihi: Doğum Yeri ve Tarihi:

İmzası: İmzası:

EK-1

**SERİNHİSAR HALK EĞİTİMİ MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE**