



SAĞLIK BELGESİ

Ben, adı yazılı doktoraşağıda kimlik bilgileri bulunan kişinin sağlık kontrolü sonucunda uzun mesafe arazi koşusu müsabakalarına katılmasını engelleyici herhangi bir durumu olmadığını onaylarım.

Koşucunun Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:/...../.....

Tarih:/...../.....

Doktorun İmzası:

Kaşe veya Diploma no: