

SAĞLIK BİLGİ FORMU

Bu form, öğrencinin/kamp katılımcısının sağlık durumu hakkında organizasyon yetkililerini bilgilendirmek amacıyla doldurulmalıdır.

KATILIMCI / ÖĞRENCİ BİLGİLERİ			
ADI SOYADI			
TC KİMLİK NUMARASI			
DOĞUM TARİHİ			
YAŞI			
CİNSİYETİ	KIZ		ERKEK
VELİ / VASI BİLGİLERİ			
ADI SOYADI			
TC KİMLİK NUMARASI			
TELEFON			
SAĞLIK DURUMU			
X = YOK		✓ = VAR	
Kronik bir hastalığı var mı?		👉 Varsa belirtiniz	
Sürekli kullandığı ilaç(lar) var mı?		👉 İsim ve doz bilgisi	
Herhangi bir alerjisi var mı?		👉 (Besin, ilaç, böcek ısırığı vb.)	
Herhangi bir fiziksel kısıtlılığı veya özel durumu var mı?		👉 Açıklayınız	
Son 1 yıl içinde önemli bir ameliyat/geçirilmiş ciddi rahatsızlık?		👉 Açıklayınız	
Özel bir diyet uyguluyor mu?		👉 (Glutensiz, laktozsuz, vejetaryen, dini hassasiyet vb.)	
Uyku, epilepsi, dikkat eksikliği, otizm gibi özel destek gerektiren bir durumu var mı?		👉 Açıklayınız	

ONAY VE TAAHHÜT

Bu formda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, etkinlik süresince gerekli olması durumunda çocuğuma tıbbi müdahalede bulunulmasına muvafakat ettiğimi beyan ederim.

Tarih: / / 2025

Ad Soyad:

İmza (Veli veya Reşit Katılımcı):