



SAĞLIK BEYAN BELGESİ

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRESİ BAŞKANLIĞI'NA

(2024-2025 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI VOLEYBOL TURNUVASI)

Aşağıda isimleri yazılı kişiler Fakültemizin/ Yüksekokulumuzun öğrencileridir.

Fakülte & Yüksekokul adı:.....Fakülte Sekreteri/Yüksekokul Sekreteri

İmza/Mühür

SPORCULAR

Sıra No	Adı Soyadı	Doğum Tarihi	İmza
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü tarafından düzenlenecek olan Voleybol Müsabakalarına katılmak istediğimizi, sağlık yönünden herhangi bir rahatsızlığımızın bulunmadığını ve tamamen **kendi isteğimizle** müsabakalara katıldığımızı, müsabaka öncesinde ve sonrasında oluşabilecek sağlık ve diğer problemlerden dolayı **herhangi bir maddi ve manevi talepte bulunmayacağımızı**, aşağıya atmış olduğumuz imzalarla **beyan ederiz.**

"Sağlık yönünden beden eğitimi ve spor yapmama engel bir halimin bulunmadığına dair kendi arzum ve iradem ile yazılı beyan" bendi gereğince;

Çukurova Üniversitesi Voleybol Turnuvası kapsamında yapacağım her türlü serbest çalışma, spor ve egzersiz ile müsabakalar sırasında meydana gelebilecek her türlü **fiziksel, maddi, manevi, psikolojik hasar, problem ve sonuçların sorumluluğunun tamamen kendime ait olduğunu** kabul, beyan ve taahhüt ederim.