Resim

Doktor Kaşesi

 Ve imzası

**ANTRENÖR SAĞLIK RAPORU**

**ANTRENÖRÜN**

Adı Soyadı :…………………………………………………………..

Doğum Tarihi :………./………../………………

TC.No. :…………………………………………………………..

İli :DENİZLİ

Kulübü :…………………………………………………………..

İmza :…………………………………………………………..

Yukarıda Adı Soyadı yazılı Antrenörün **2024-2025** Futbol Sezonunda yapılan fizik muayenesine göre Antrenörlük yapmasında sağlık yönünden bir sakınca yoktur.

**DOKTORUN**

Adı Soyadı :…………………………………………………………..

Kurumu :…………………………………………………………..

Diploma No :…………………………………………………………..

Tarih :…………………………………………………………..

İmza-Kaşe :…………………………………………………………..