

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :

Sağlık durumumun Çarşıbaşı Belediyesi tarafından düzenlenecek olan Bisiklet Yarışmasına katılmama engel olabilecek hastalık veya engelimin bulunmadığını beyan ederim./....../2026

Adı Soyadı
İmza