

	ETKİNLİK/ORGANİZASYON KATILIMINA İLİŞKİN SAĞLIK DURUMU BEYANI	Doküman No:	D47.FR.038
		Yayın Tarihi:	12.06.2026
		Revizyon Tarihi / No:	12.06.2026 / 0
		Sayfa:	1 / 2

Etkinliğin Adı: CANKURTARAN GENÇLİK KAMPI

Etkinlik Tarihi: / /

**Etkinlik Yeri: T.C. DENİZLİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ CANKURTARAN KAMP
MERKEZİ**

KATILIMCI BİLGİLERİ

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Doğum Tarihi: / /

Telefon Numarası:

Adres:

ACİL DURUMDA ULAŞILACAK KİŞİ

Adı Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

Telefon Numarası:

SAĞLIK BİLGİLERİ

1. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet (Belirtiniz):

2. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet (Belirtiniz):

3. Kalp hastalığı, yüksek tansiyon, diyabet, astım, epilepsi (sara), vertigo veya benzeri bir rahatsızlığınız var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet (Belirtiniz):

4. Herhangi bir ilaç, gıda veya madde alerjiniz var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet (Belirtiniz):

	ETKİNLİK/ORGANİZASYON KATILIMINA İLİŞKİN SAĞLIK DURUMU BEYANI	Doküman No:	D47.FR.038
		Yayın Tarihi:	12.06.2026
		Revizyon Tarihi / No:	12.06.2026 / 0
		Sayfa:	2 / 2

5. Hareket kabiliyetinizi etkileyen bir sağlık probleminiz var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet (Belirtiniz):

6. Son bir yıl içerisinde önemli bir ameliyat veya tedavi süreci geçirdiniz mi?

- ☐ Hayır
☐ Evet (Belirtiniz):

7. Deniz yolculuğu veya tekne turuna katılımınızı etkileyebilecek herhangi bir sağlık sorunuz bulunuyor mu?

- ☐ Hayır
☐ Evet (Belirtiniz):

SAĞLIK BEYANI

Yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.

Gezi, seyahat ve tekne turu faaliyetlerine katılmama engel teşkil edecek herhangi bir sağlık sorunu bulunmadığını; mevcut sağlık durumum, kullandığım ilaçlar veya bildirmediğim sağlık bilgilerinden kaynaklanabilecek her türlü risk ve sonuçtan şahsen sorumlu olduğumu kabul ederim.

Etkinlik süresince sağlık durumumla ilgili ortaya çıkabilecek acil hallerde, gerekli görülmesi halinde sağlık kuruluşuna sevk edilmeyi kabul ederim.

Sağlık bilgilerimi eksik veya yanlış beyan etmem nedeniyle doğabilecek olumsuz sonuçlardan organizasyonu düzenleyen kurumun, yöneticilerin ve görevlilerin sorumlu olmadığını kabul ve beyan ederim.

İşbu formu okuyarak, anlayarak ve kendi özgür irademle imzaladığımı kabul ederim.

.....

Beyanda Bulunan Kişinin;

T.C. Kimlik No:

Adı-Soyadı :

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

İmza :

**18 Yaşından Küçük İse Veli/Yasal Vasi;
Veli/Vasi Adı-Soyadı:**

T.C. Kimlik No :

Yakınlık Derecesi :

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

İmza :