



**İZMİR BUCA BELEDİYESİ  
KADIN VE AİLE HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ  
KADIN AKTİVİTE MERKEZİ**

**SPOR SALONU SAĞLIK FORMU**

Üyenin Adı Soyadı:

Üye No:

Acil durumda aranacak kişinin

Adı Soyadı :

Tel :

Kişinin sağlık problemleri varsa beyan etmelidir.

Kronik rahatsızlıklar:

.....

Kalp ve damar  
rahatsızlıkları:.....

Fıtık:.....

Ortopedik

rahatsızlıklar:.....

Eklem rahatsızlıkları:

.....

Kas

rahatsızlıkları:.....

.....

Herhangi bir organ eksikliğiniz var mı? Varsa

yazınız.....

Proteziniz var mı? Varsa nerede

yazınız.....

Düzenli kullandığınız ilaç var mı? Ne ile ilgili

yazınız.....

Ameliyat oldunuz mu? Evet ise

açıklayınız.....

1. Yukarıda belirtilen rahatsızlıkların bulunması halinde gerekli görüldüğü takdirde üyelerimizden uzman doktordan “SPOR YAPABİLİR” yazısı almaları istenebilir.
2. Kurallara uyulmaması ve rahatsızlıkların belgelenmemesi halinde spor ve havuz bölümü rezervasyonu iptal yetkisi Kadın Aktivite Merkezi'ne aittir.
3. Üyelik esnasında ve sonrasında belirtmiş ya da belirtmemiş olduğum sağlık sorunları ve diğer tüm durumlarda ( gebelik, oruç v.b. dahil ) ikaz edilmeme rağmen merkez içerisindeki aktivitelerden yararlanmayı kabul ediyorum. Sorumluluk tarafıma aittir.
4. Merkezimizden faydalanan tüm üyeler olası pandemi ile ilgili merkezin uyguladığı tüm kurallara harfiyen uymak zorundadır. Kurallara uymayan üyelerin üyelikleri ücret iadesi yapılmadan tek taraflı feshedilir.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve doğruluğunu onaylıyorum.

TARİH: ...../...../.....

AD-SOYAD:

İMZA: