**T.C.**

**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**Spor Bilimleri Fakültesi**

**Araştırma Katılımcı Sağlık Beyanı Formu**

**18 Yaş Altı Katılımcı**

…/…/2025

Aşağıda bilgileri yazılı olan ve velisi olduğum oğlum / kızım’ın ilgili akademik çalışmalara / test veya ölçümlerekatılabilmesi için herhangi bir sağlık probleminin olmadığını ve katılmasına izin veriyor konuyla ilgili tüm sorumluluğun velisi olarak tarafıma ait olduğunu kabul ve beyan ederim.

# KATILIMCININ:

Adı Soyadı :

T.C Kimlik No :

Doğum Yeri ve Tarihi :

İl/İlçe :

Katılacağı Araştırma :

Sorumlu Araştırmacı :

# VELİ/VASİNİN:

Adı Soyadı :

T.C Kimlik No :

Doğum yeri ve Tarihi :

İmzası :

*İmzanın veliye ait olduğunu tasdik ederim.*

*Kulüp Yetkilisi / Takım Yetkilisi / - Adı/Soyadı :…………………………………………*

*İmza Mühür :*