**EK 6 - a**

**SPORCU SAĞLIK MUAYENE TAAHHÜTNAMESİ**

**Alışkanlıklar:**

Uyku sorununuz var mı? Evet ( )Hayır ( )

Takip ettiğiniz özel bir beslenme şekli var mı? Evet ( )Hayır ( )

Son bir yıl içinde 10 kilodan daha fazla ya da daha az kilo kaybınız oldu mu? Evet ( )Hayır ( )

Alkol:…………… Sigara:…………… Diğer:............... (kullanım sıklığı ve miktarı belirtiniz)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aile Öyküsü (Aile bireylerinde veya yakın akrabalarınızda olan hastalıkları belirtiniz**.) | | | |
| **Sağlık Sorunu** | **Var** | **Yok** | **Akrabalık Derecesi** |
| Kalp Hastalığı nedeniyle aniden ölen | ( ) | ( ) |  |
| Kalp Hastalığı olan | ( ) | ( ) |  |
| Yüksek Tansiyon | ( ) | ( ) |  |
| Tüberküloz (Verem) | ( ) | ( ) |  |
| Kanser veya Tümör | ( ) | ( ) |  |
| Migren veya Şiddetli Baş Ağrısı | ( ) | ( ) |  |
| Diyabet (şeker hastalığı) | ( ) | ( ) |  |
| Böbrek – Mesane Hastalıkları | ( ) | ( ) |  |
| Anemi (kansızlık) örn: Akdeniz Anemisi | ( ) | ( ) |  |
| Mide ve Barsak Hastalıkları | ( ) | ( ) |  |
| Alerji | ( ) | ( ) |  |
| Astım | ( ) | ( ) |  |

**Sağlık özgeçmişinizle ilgili olarak aşağıdaki soruları cevaplayınız**;

|  |
| --- |
| Mevcut bir hastalığınız var mı? |
| Halen kullandığınız ilaçlar nelerdir? |
| Hastanede yatmanızı gerektirecek bir sağlık sorununuz oldu mu? |
| Trafik kazası-kafa travması geçirdiniz mi? |
| Hiç ameliyat oldunuz mu? |
| Alerjiniz var mı? (polen, yiyecek, ilaç, böcek, vs) |
| Spor yaparken herhangi bir şikâyetiniz var mı? |
| Spor yaralanması geçirdiniz mi? |
| Performansı arttırmak, kilo almak ya da kilo vermek için herhangi bir madde kullandınız mı, halen kullanmaya devam ediyor musunuz? (kreatin, aminoasit, vitamin, vs) |

**EK 6 - b**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sağlık Sorununuz Var mı?** | **Evet** | **Hayır** | **Ne Zamandan Beri?** |
| Özellikle antrenman yaparken göğüs ağrısı, çarpıntı | ( ) | ( ) |  |
| Nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma | ( ) | ( ) |  |
| Çok çabuk yorulma | ( ) | ( ) |  |
| Sık kas krampları ve yaygın kas ağrıları | ( ) | ( ) |  |
| Kas, eklem, tendon sorunu | ( ) | ( ) |  |
| Vücudun herhangi bir yerinde uyuşma, karıncalanma, his kaybı | ( ) | ( ) |  |
| Bayılma nöbetleri | ( ) | ( ) |  |
| Sık ve şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, denge kaybı | ( ) | ( ) |  |
| Yaralanma ve kesiklerde (uzun süren) kanama | ( ) | ( ) |  |
| Son zamanlarda aşırı kilo kaybı, iştahsızlık | ( ) | ( ) |  |
| Karın ağrısı, ishal, kabızlık | ( ) | ( ) |  |
| Dışkıda kan, dışkının koyu, siyah renkli olması | ( ) | ( ) |  |
| Bağırsak paraziti (solucan, kurt, şerit vb.) | ( ) | ( ) |  |
| Sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma veya akıntı | ( ) | ( ) |  |
| Vücutta şişlikler (koltuk altında, kasıklarda, boyunda) | ( ) | ( ) |  |
| Gözlerde görme kusuru, kaşıntı, kızarıklık, sulanma | ( ) | ( ) |  |
| Kulak ağrısı, akıntısı, çınlaması, işitme güçlüğü | ( ) | ( ) |  |
| Burundan nefes almada güçlük | ( ) | ( ) |  |
| Sık burun kanaması | ( ) | ( ) |  |
| Diş ve dişeti sorunu (çürük vb.) | ( ) | ( ) |  |
| Diğer | ( ) | ( ) |  |

**EK 6 - c**

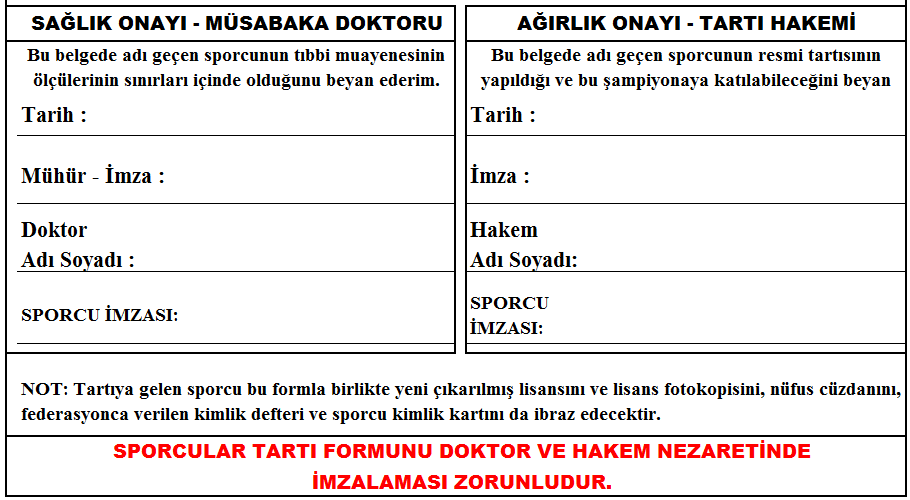
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Daha önce aşağıdaki nedenlerle hekime ya da hastaneye başvurdunuz mu?** | | | | |
| **Sağlık Sorunu** | **Evet** | ***Hayır*** |  | ***Ne Zamandan Beri?*** |
| Kalp rahatsızlığı | ( ) | ( ) |  |  |
| Kalp romatizması | ( ) | ( ) |  |  |
| Akut eklem romatizması | ( ) | ( ) |  |  |
| Yüksek ya da düşük tansiyon | ( ) | ( ) |  |  |
| Astım veya diğer solunum hastalığı | ( ) | ( ) |  |  |
| Kan hastalıkları, kansızlık | ( ) | ( ) |  |  |
| Varis, basur, damar iltihabı | ( ) | ( ) |  |  |
| Diyabet (şeker hastalığı) | ( ) | ( ) |  |  |
| Epilepsi (sara) | ( ) | ( ) |  |  |
| Guatr | ( ) | ( ) |  |  |
| Sarılık (Hepatit A, B, veya C) | ( ) | ( ) |  |  |
| Zührevi (cinsel yolla bulaşan) hastalıklar | ( ) | ( ) |  |  |
| Böbrek-mesane hastalıkları (kum, taş vb.) | ( ) | ( ) |  |  |
| Migren | ( ) | ( ) |  |  |
| Kulak, kurun boğaz sorunları (sinüzit, bademcik vb.) | ( ) | ( ) |  |  |
| Cilt hasatlığı (egzama, mantar, siğil, uçuk vb.) | ( ) | ( ) |  |  |
| Sıtma | ( ) | ( ) |  |  |
| Diğer eklem hastalıkları | ( ) | ( ) |  |  |
| Fıtık | ( ) | ( ) |  |  |
| Gözlük- kontak lens kullanıyor musunuz? | ( ) | ( ) |  |  |
| Herhangi bir işitme sorununuz var mı? | ( ) | ( ) |  |  |
| Bunun için bir aparat kullanıyor musunuz? | ( ) | ( ) |  |  |
| Böbreğiniz iki tane mi? | ( ) | ( ) |  |  |
| Testisiniz iki tane mi? | ( ) | ( ) |  |  |
| Gıda-ilaç alerjisi | ( ) | ( ) |  |  |
| Hamilelik şüpheniz var mı? | ( ) | ( ) |  |  |

**Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.**

**Sporcunun imzası Sporcu velisinin imzası Tarih (18 yaşın altında ise)**

**Ek - 7**

****

****

****

**Ek-8**

**TÜRKİYE KİCK BOKS FEDERASYONU BAŞKANLIĞINA**

Türkiye Kick Boks Federasyonunun 2022 yılı faaliyet programında yer alan ve 12-15 Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde yapılacak olan 7. Uluslararası Kick Boks Dünya Kupası’na İlimizi temsilen aşağıda adı soyadı yazılı idareci, antrenör ve sporcuların katılmaları uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

**İLİ :**

**TARİH :**

**KAFİLE BAŞKANI :**

**KAFİLE LİSTESİ**

**BRANŞ: …………………… KATEGORİ:…………..……….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No** | **Adı-Soyadı** | **Sıkleti**  **(Kg.)** | **Kuşağı** | **Fed. Sicil No** | **Doğum Tarihi** | **Antrenörü** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |  |  |  |
| **16.** |  |  |  |  |  |  |
| **17.** |  |  |  |  |  |  |
| **18.** |  |  |  |  |  |  |
| **19.** |  |  |  |  |  |  |
| **20.** |  |  |  |  |  |  |
| **21.** |  |  |  |  |  |  |
| **22.** |  |  |  |  |  |  |
| **23.** |  |  |  |  |  |  |
| **24.** |  |  |  |  |  |  |
| **25.** |  |  |  |  |  |  |

**NOT: Kafilelerin bu formu doldurmaları zorunlu olup, her kategori ve branş için ayrı ayrı düzenlenmelidir.**

**KİCK BOKS İL TEMSİLCİSİ**

**ADI SOYADI :**

**İMZASI :**

**GENÇLİK ve SPOR İL MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI**

**ADI SOYADI :**

**UNVANI – MÜHÜR - İMZASI :**