|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  ADI VE SOYADI |  |
|  T.C. KİMLİK NO |  |
| DOĞUM TARİHİ |  |
| BABA ADI |  |
| ASKERLİK ŞUBESİ |  |
| İL, İLÇESİ |  |

 |  |

 |
| TAHSİL DURUMU :  | SANAT VE MESLEĞİ :  |
| YURTDIŞI ADRESİ :  | TÜRKİYE ADRESİ :  |
| Sayın Doktor,Yukarıda kimliği yazılı ve fotoğrafı yapışık, yükümlü askerlik çağına girmiştir. Muayenesinin yapılarak, formda istenilen hususların doldurulmasını rica ederim. Monsieur le Docteur,Monsieur le susnommé , dont l’identité et la photo figurent ci – dessus est en âge de recrutement. Nous vous prions de l’examiner à cet effet et de remplir le présent formulaire.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Consulat Général de Turquie à Strasbourg - T.C. Strazburg Başkonsolosluğu |

 |
| BOYU CmTAILLE Cm | KİLOSU Kg.POIDS Kg. | NEFES ALMA Cm.Thorax Inspiré Cm. | NEFES VERME Cm.Thorax Expiré Cm. |
| DAHİLİYE MUAYENE SONUCU DIAGNOSTIC INTERNE | Teşhis Adı / Diagnostic (X) | PATALOJİKTİRPATALOGIQUE (XX) | NORMALDİRNORMAL (XX) |
| HARİCİYE MUAYENE SONUCU DIAGNOSTIC EXTERNE | Teşhis Adı / Diagnostic (X) | PATALOJİKTİRPATALOGIQUE (XX) | NORMALDİRNORMAL (XX) |
| Yukarıda kimliği yazılı ve fotoğrafı yapışık yükümlünün muayenesi tarafımızdan yapıldı.ASKERLİĞE GİDER / HEYET MUAYENESİ GEREKİR J'ai examiné la personne dont l’ identité et la photo figurent ci – dessus. Apte au service militaire (xx)  Inapte au service militaire (xx) Doit subir un examen par commission médicale en Turquie (xx)  DOKTOR – DOCTEUR DOKTOR – DOCTEUR (Cachet et Signature) (Cachet et Signature)NOT/N.B : (X) Lütfen teşhis adını büyük harflerle yazınız / Prière d’écrire le diagnostic en majuscules.  (XX) Lütfen patalojik veya normal ise uygunun altını çiziniz / Prière de souligner ce qui convient. |

Sözkonusu sağlık raporuna itirazım yoktur.

**(AD-SOYAD/İMZA)**