

# SON YOKLAMA FORMU

Ek-E

İlgili tarafından doldurulacak, À remplir par la famille:

|                             |  |          |
|-----------------------------|--|----------|
| ADI (prénom) / SOYADI (nom) |  | FOTOĞRAF |
| T.C. KİMLİK NO,             |  |          |
| BABA ADI                    |  |          |
| ASKERLİK ŞUBESİ             |  |          |
| İL, İLÇE                    |  |          |
| MAHALLE, KÖY                |  |          |
| TAHSİL DURUMU               |  |          |
| MESLEK                      |  |          |
| YURTIÇİ ADRES               |  |          |
| YURTDIŞI ADRES              |  |          |

Doktor tarafından doldurulacak, À remplir par le docteur:

Sayın Doktor, Yukarıda kimliği yazılı ve fotoğrafı yapışık, yükümlü askerlik çağına girmiştir. Muayenesinin yapılarak, formda istenilen hususların doldurulmasını rica ederim. / Docteur, le susnommé est en âge de recrutement pour son service militaire, nous vous prions de bien vouloir l'examiner et à cet effet remplir le présent formulaire.

|                                                                                    |              |                                  |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Boy / Taille                                                                       | Kilo / Poids | Nefes Alma cm/<br>inspiration cm | Nefes verme cm/<br>expiration cm |
| Dahiliye muayene sonucu / <b>Diagnostic interne</b><br>(à entourer à droite)       |              | Normal - Pathologique            |                                  |
| Dahiliye muayene sonucu / <b>Diagnostic externe</b><br>(à entourer à droite)       |              | Normal - Pathologique            |                                  |
| Teşhis / <b>Diagnostic nom de la maladie</b><br>(à préciser dans la case à droite) |              |                                  |                                  |

Yukarıda kimliği yazılı ve fotoğrafı yapışık yükümlünün muayenesi tarafımızdan yapıldı. / Nous avons examiné la personne dont l'identité et la photo figurent ci-dessus (à cocher ci-dessous):

☐ Askere Gider /  
**Apte au service militaire**

☐ Heyet muayenesi gerekir  
**Doit subir un examen par  
commission médicale**

Liyon Başkonsolosluğu  
**Consulat de Turquie à Lyon**

Doktor kaşesi, imzası, tarih  
**Cachet, signature et date**