



## YELKEN KURSU KAYIT FORMU

DÖNEM/TARİH: \_\_\_\_\_

ADI SOYADI: \_\_\_\_\_

DOĞUM YERİ / TARİHİ: \_\_\_\_\_ T.C. KİMLİK NO: \_\_\_\_\_

KAN GRUBU: \_\_\_\_\_ BOYU: \_\_\_\_\_ KİLOSU: \_\_\_\_\_

YÜZME BİLGİSİ: Çok İyi:  İyi:  Orta:

YELKEN BİLGİSİ: Var:  Yok:

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI: Var:  Yok:

VARSA HANGİ SİGORTA: \_\_\_\_\_

OKULUNUN ADI: \_\_\_\_\_ SINIFI: \_\_\_\_\_

EV ADRESİ: \_\_\_\_\_

ANNE ADI: \_\_\_\_\_

BABA ADI: \_\_\_\_\_

CEP TEL : \_\_\_\_\_

CEP TEL : \_\_\_\_\_

EV TEL : \_\_\_\_\_

EV TEL : \_\_\_\_\_

İŞ TEL : \_\_\_\_\_

İŞ TEL : \_\_\_\_\_

E-MAİL : \_\_\_\_\_

E-MAİL : \_\_\_\_\_

İŞ BİLGİSİ: \_\_\_\_\_

İŞ BİLGİSİ: \_\_\_\_\_

SPORCU CEP TELEFON : \_\_\_\_\_

### ÖZEL DURUMLAR:

Geçirmiş olduğunuz önemli hastalık var mı?

Var:

Yok:

Açıklayınız \_\_\_\_\_

Geçirmiş olduğunuz ameliyat var mı?

Var:

Yok:

Açıklayınız \_\_\_\_\_

Herhangi bir alerjik durumunuz var mı (Kullandığınız ilaçlar) Var:

Yok:

Açıklayınız \_\_\_\_\_

### VELİ İZİN DİLEKÇESİ

Velisi bulunduğum .....yaşındaki, Kızım/ Oğlum.....ın .....Dönem  
.....tarihleri arasında yapılacak olan MYK Yelken Yaz Kursu'na katılmasına izin veriyorum.

Tarih : \_\_\_\_\_

Velisi : \_\_\_\_\_

İmzası : \_\_\_\_\_

Kayı Alan: \_\_\_\_\_