****

**Katılmasını istediğiniz çocuğun Adı ve Soyadı:**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Doğum Tarihi :**

**Bitirdiği Sınıfı :**

**Okulu :**

**Katılmayı istediğiniz dönem:**

**Okulda İngilizce Eğitimi Alıyor mu? :**
 **Anne veya baba RC mezunu mu? :**

**Mezun ise, mezuniyet yılı:**

**RKMD üyesi mi?**

 **Anne Adı ve Soyadı :**

**Telefon :**

**Cep (GSM) Telefon :**

**Mesleği :**

**E-posta :**

**Baba Adı ve Soyadı :**

**Telefon :**

**Cep (GSM) Telefon :**

**Mesleği :**

**E-posta :**

**Velinin Ev Adresi :**

**Velinin İş Adresi :**

**Varsa Kardeşlerinin Adları ve Yaşları :**

**Çocuğunuzun özellikle ilgi duyduğu alanlar ve diğer özel kabiliyetler :**

 **4-8 Yaş grubu Yaz Kampı’mızı kimden ve/ veya nereden duydunuz? :**

 **Servisten yararlanmak istiyor musunuz? :**

 **Alınacağı evin adresi :**

 **Alacak kişi bilgisi :**

 **Alacak kişi Diğer :**

 **A. Çocuğunuzun doktorunun adı soyadı ve cep telefonu :**

**B. Çocuğunuzun sportif faaliyetlerinde kısıtlama gerektiren bir durumu var mı? Çocuğunuzun sportif faaliyetlerinde kısıtlama gerektiren durumular :**

 **C. Çocuğunuzun bugüne kadar geçirdiği hastalıklar nelerdir?**

 **D. Çocuğunuz gün içinde herhangi bir ilaç alıyor mu?**

 **Kullandığı ilaçlar :**

 **E. Çocuğunuzun kronik astım, sara, alerji vs. özel ilgi gerektiren sorunu var mı? :**

 **Kronik rahatsızlıklar :
F. Çocuğunuzun varsa psikoloğunun adı, soyadı ve cep telefonu :**

 **G. Çocuğunuzun dikkat ve algılama bozukluğu, psikolojik sorun vs. gibi özel ilgi gerektiren sorunu var mı? :**

 **Özel ilgi gerektiren sorunlar:**

 **H. Ciddi bir incinme ve yaralanma durumunda, çocuğunuz anlaşmalı olduğumuz Sağlık Kurumlarına gönderilecek ve size haber verilecektir. Bu gibi durumlarda tüm masraflar veli tarafından karşılanacaktır. Bunu onaylıyorsanız lütfen belirtin. :**

 **Onaylamıyorsanız. Kendi talimatınızı not edin. :Veli bilgi verildikten karar alınır**

 **I. Sigortalı iseniz lütfen hangisi olduğunu belirtiniz :**

 **Velinin Adı ve Soyadı :**