



Kur'an-ı Kerim ve Temel Dini Bilgiler Kursları

Öğrenci Kayıt Formu Anmeldeformular für den Religionsunterricht

Tarafıma imzalan bu formda yer alan bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu beyan ederim. Aşağıda adı geçen çocuğumuzun, ekteki şartları kabul ederek, kurs eğitimine alınmasını arz ederim. Verileri Koruma Bildirisi tarafımıza verilmiştir. *Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und melde mein Kind zu den nachfolgenden abgedruckten Bedingungen an. Die Datenschutzerklärung wurde mir übergeben.*

1 Öğrencinin Angaben zur Person

Adı Vorname(n)		Soyadı Name		Doğum Tarihi Geburtsdatum	
Adres Adresse				Doğum Yeri Geburtsort	
Cep Telefon No. Mobil-Nr.		E-Posta E-Mail-Adresse		Cinsiyeti Geschlecht <input type="checkbox"/> Kız weiblich <input type="checkbox"/> Erkek männlich	
Yaş Grubu Altersgruppe <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10-12 <input type="checkbox"/> 13-15 <input type="checkbox"/> 16-18		Gittiği Okul Besuchte Schule <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Diğer: _____			
Kardeş Sayısı Anzahl der Geschwister	Kardeşlerinin Adı Vorname(n) der Geschwister		Engel (özür) durumu var mı? Sind körperliche Behinderungen vorhanden?		
Herhangi bir rahatsızlığı var mı? Sind bei Ihrem Kind gesundheitliche Risiken bekannt? Bitte kreuzen Sie ggf. an. <input type="checkbox"/> Kan pıhtılaşma problemi Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Mide-Bağırsak Rahatsızlıkları Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Astım Asthma <input type="checkbox"/> Troid rahatsızlığı Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı Diabetes <input type="checkbox"/> Kalp körperliche Behinderungen <input type="checkbox"/> Epilepsi Epilepsie <input type="checkbox"/> Bulaşıcı Hastalıklar Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> Böbrek Rahatsızlığı Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Alerji: Allergien/Unverträglichkeiten, welche? _____ <input type="checkbox"/> Diğer: Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Düzenli ilaç kullanıyor mu? Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____					
Acil durumlarda aranacak kişi / Cep Telefon No. In Notfällen zu benachrichtigende Person / Mobil-Nr.					

2 Veli Bilgileri Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Anne Mutter		Baba Vater		Anne ve Baba... Eltern sind...	
Adı Vorname(n)		Adı Vorname(n)		<input type="checkbox"/> Evli. verheiratet.	
Soyadı Name		Soyadı Name		<input type="checkbox"/> Ayrı yaşıyorlar. getrenntlebend.	
Ev adresi Hausanschrift		Ev adresi Hausanschrift		<input type="checkbox"/> Boşanmış. geschieden.	
Cep Telefonu Mobil-Nr.		Cep Telefonu Mobil-Nr.		Velayet Hakkı... Sorgerecht liegt bei... <input type="checkbox"/> her iksinde. beiden.	
E-Posta E-Mail-Adresse		E-Posta E-Mail-Adresse		<input type="checkbox"/> Anne'de. Mutter.	
				<input type="checkbox"/> Baba'da. Vater.	
				<input type="checkbox"/> başkasında. Andere.	
Tarih Datum	Ad, Soyad Vorname, Name		İmza Unterschrift		