**Acil durumlarda aşaĝıdaki kişilere bilgi verilecek:**

Sınıfı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Öĝrenci hakkında bilgiler:

Soyadı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doĝum tarihi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mailadresi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Çocuĝun sigorta numarası:

Müşterek siortali (Veli):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sigorta numarası:

Sigorta kurumu (Veli):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allerjileri:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon/ Babam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon/Ane: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Acil durumlarda (hastalık, kaza, ...) aşaĝıdaki kişilere bilgi yerlecek: |
| Soyadı Adı | Telefon | Adres |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Aşaĝıda ismini kişiler acil durumlarda çocuĝumu okuldan almaya ve sorumluluĝunu űstlenmeye yetkilidirler.**

Tarih:\_\_\_\_\_.20.. Imza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_