

MORGENZON LANDBOU AKADEMIE

OPNEMINGSVORM: HOSPITALISASIE

BESONDERHEDE VAN LEERLING:

VAN:

VOORNAME:

GEBOORTEDATUM:

NAAM VAN DOKTER:

ALLERGIE:

KERKVERBAND:

AANSTEEKLIKE SIEKTES WAT LEERLING AL GEHAD HET:

.....

ANDER:

BESONDERHEDE VAN OUER/VOOG:

VAN:

VOORNAME:

WOONADRES:

POSADRES:

TEL. NO.: (WERK) (HUIS)

(SEL.)

BESONDERHEDE VAN PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING VAN MEDIESE REKENING:

VAN:

VOORNAME:

WOONADRES:

POSADRES:

TEL. NO.: (WERK) (HUIS)

(SEL)

ID. NO.:

MEDIESE FONDS: NOMMER:

(Afskrif van voor- en agterkant van Mediese fondskaart)

AANTAL LEDE IN GESIN EN OUDERDOMME:

.....

Ek dra my magte as ouer/voog oor aan die Hoof van die skool of sy teenwoordiger indien Mediese behandeling/chirurgiese ingreep vir my kind nodig mag wees.

..... HANDTEKENING VAN OUER/VOOG

..... DATUM

MORGENZON LANDBOU AKADEMIE

KOSHUIS VOOGKAART

KOSHUIS:

LEERLING BESONDERHEDE:

VAN EN VOORNAME:

GEBOORTEDATUM:

STUDIERIGTING:

PERSOONLIKE GEBREKE:

.....

OUER BESONDERHEDE:

NAAM VAN OUER:

WOONADRES:

.....

.....

POSADRES:

.....

.....

TEL. NO.: (HUIS)

(SEL)

(WERK)

BEROEP: (VADER).....

(MOEDER)

.....
HANDTEKENING VAN OUER / VOOG

.....
DATUM