

# INLIGTINGSVORM

## LEERLINGBESONDERHEDE

VAN: \_\_\_\_\_  
VOLLE NAME: \_\_\_\_\_  
ID NOMMER: \_\_\_\_\_  
GEBORTEDATUM: \_\_\_\_\_  
GESLAG: \_\_\_\_\_  
ALLERGIE: \_\_\_\_\_  
MEDISE FONDS NAAM: \_\_\_\_\_  
MEDISE FONDS NOMMER: \_\_\_\_\_  
PLAN VAN MEDISE FONDS: \_\_\_\_\_  
KONTAKPERSOON INDIEN OUER/VOOG NIE BESKIKBAAR IS NIE: \_\_\_\_\_  
TEL/SEL VAN KONTAKPERSOON: \_\_\_\_\_

## **HEG ASB AFSKRIFTE AAN VAN:**

- A)        **MEDISEFONDSKAART**
- B)        **ID OF GEBORTESERTIFIKAAT VAN LEERLING**
- C)        **ID VAN OUEERS**

## OUER/VOOG BESONDERHEDE:

VADER: VAN: \_\_\_\_\_  
          VOLLE NAME: \_\_\_\_\_  
          ID NOMMER: \_\_\_\_\_  
          BEROEP: \_\_\_\_\_  
          TEL/SEL: \_\_\_\_\_  
WOONADRES: \_\_\_\_\_ POSADRES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
WERKGEWER: \_\_\_\_\_ ADRES VAN WERKGEWER: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
TEL (W) \_\_\_\_\_  
HUWERLIKSTATUS: \_\_\_\_\_

MOEDER: VAN: \_\_\_\_\_  
          VOLLE NAME: \_\_\_\_\_  
          ID NOMMER: \_\_\_\_\_  
          BEROEP: \_\_\_\_\_  
          TEL/SEL: \_\_\_\_\_  
WOONADRES: \_\_\_\_\_ POSADRES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
WERKGEWER: \_\_\_\_\_ ADRES VAN WERKGEWER: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
TEL (W) \_\_\_\_\_  
HUWERLIKSTATUS: \_\_\_\_\_