



## BEYKOZ HALK EĞİTİMİ MERKEZİ VE ASO MÜDÜRLÜĞÜ



### BEYKOZ HEM KURS BAŞVURU FORMU

**KATILMAK İSTEDİĞİNİZ  
KURSUN ADI:**

**ADI VE SOYADI:**

**T.C.  
NO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**DOĞUM TARİHİ:** ...../...../.....

**DOĞUM YERİ:**

**CEP TLF NO:**

**EV TLF NO:**

**ÇALIŞMA DURUMU**

ÇALIŞIYOR ☐

ÇALIŞMIYOR ☐

**MESLEĞİ :**

**EĞİTİM  
DURUMU:**

OKUR-YAZAR

☐

İLKOKUL

☐

ORTAOKUL

☐

LİSE

☐

ÖN LİSANS

☐

LİSANS

☐

YÜKSEK  
LİSANS

☐

DOKTORA

☐

**ADRES:**

**ENGEL  
DURUMU**

VAR ☐

YOK ☐

ENGELİ VAR İSE .....

**CİNSİYETİ:**

BAY ☐

BAYAN ☐

**BABA ADI:**

**ANNE ADI:**

Daha önce Müdürlüğümüzün açmış olduğu bir kursa katıldınız mı?

EVET ( )

HAYIR ( )

Başvuracağınız kursu daha önce aldınız mı?

EVET ( )

HAYIR ( )

Kursa Katılmak istediğiniz zaman:

HAFTA İÇİ  
SABAH ☐

HAFTA İÇİ  
ÖĞLEN ☐

HAFTA İÇİ  
AKŞAM ☐

HAFTA SONU  
SABAH ☐

HAFTA SONU  
ÖĞLEN ☐

FARKETMEZ  
☐

**KURSA KATILMAK İSTEDİĞİNİZ MAHALLE / KURUM / STK:**

Yukarıda yazılı olan bilgilerin doğruluğunu beyan ederim. Yanlış beyandan dolayı doğacak yasal sorumlulukları kabul ederim. Kursa katılma hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Not: 1) Kurumumuzda ve diğer kurum - kuruluşlarca işbirliği ile açılan kurslarda devam zorunluluğu vardır. Herhangi bir kurumdan alınan izin ve rapor geçerli değildir.

2) Kurslar en az on beş (15) kişinin müracaatıyla açılır.

3) 18 Yaşından küçük kursiyerlerin başvuru formunu velisi tarafından imzalanacaktır.

4) Spor kurslarında kursiyer için sağlık raporu alınacaktır.

...../...../ 201.

Adı ve Soyadı

Velisi / Kendisi

ADRES: Ortaçeşme Mah. Çayır Cad. No:7 Beykoz / İSTANBUL

TEL: 0216 323 13 03

FAX: 0216 323 90 40

WEB: www.beykozhem.gov.tr

**DEĞERLENDİRME:**

**GÖRÜŞÜLDÜ** ☐

**GÖRÜŞÜLMEDİ** ☐

**GÖRÜŞME NOTU:**.....