



KURSIYER ÖN KAYIT FORMU

T.C.Kimlik No:.....
Uyruğu : T.C YABANCI
Adı :..... Nüfusa Kayıtlı Olduğu
Soyadı :..... İl:..... İlçe:.....
Baba Adı :..... Mahalle/köy:..... Cilt No:.....
Anne adı :..... Aile Sıra No:..... Sıra No:.....
Doğum Yeri :..... Nüfus Cüzdanın Verildiği Yer:.....
Doğum Tarihi:..... Tarih:...../...../.....

Eğitim Durumu:

Okur yazar İlkokul İlköğretim Lise Önlisans Lisans Yüksek Okul Doktora

En Son Mezun olduğu Okulun Adı:.....

Cinsiyeti:

Bay Bayan

Medeni Durumu:

Evli Bekar

Kan Grubu:

.....

Bedensel Engel Durumu: Yok Ortopedik Görme İşitme
 Süreğen Diğer

AFEMEK'i Tercih Sebebi: {En fazla 3 seçenek işaretleyiniz}

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yeni Bir Meslek Edinmek | <input type="checkbox"/> Boş Vakitlerimi Değerlendirmek |
| <input type="checkbox"/> Mesleğimde İlerlemek | <input type="checkbox"/> Arkadaş ve Çevre Edinmek |
| <input type="checkbox"/> Aile Bütçesine katkı Sağlamak | <input type="checkbox"/> Bir sanat ya da Meslek Branşında Eğitim Görmek |
| <input type="checkbox"/> İş,Atölye Kurmak | <input type="checkbox"/> Kendimi Geliştirmek |

Çalışma Durumu:

Çalışıyor Çalışmıyor

Mesleği:.....

İletişim Bilgileri:

İş/ Ev Telefonu:..... E-mail:.....

GSM:.....

Adres:.....

Devam Etmek İstedığınız Branş:.....

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hafta İçi Sabah | <input type="checkbox"/> Hafta İçi Öğle | <input type="checkbox"/> Hafta İçi Akşam | <input type="checkbox"/> Hafta İçi tam gün |
| <input type="checkbox"/> Hafta Sonu Sabah | <input type="checkbox"/> Hafta Sonu Öğle | <input type="checkbox"/> Hafta Sonu Akşam | <input type="checkbox"/> Hafta Sonu Tam Gün |
| <input type="checkbox"/> Fark etmez | | | |