



Tel. No: (018) 290 6587/8 Skool/School
Faks/Fax: (018) 290 5287 Skool/School
Tel No: (018) 290 5732 Koshuis/Hostel
Faks/Fax: (018) 290 6244 Koshuis/Hostel
Email: diewilge@lantic.net

Privaatsak/Private Bag X1006
Rocherstraat 10/ 10 Rocher Street
POTCHEFSTROOM
2520

REGISTRASIEVORM : JAAR _____

Van:			Volle Name:			
Noem Naam			Geboorte datum:			
ID Nommer:			Toelatings No.:			
LSEN NO.:			Dui Taal aan vir instruksie:	Afrikaans	English	
Geslag:	Manlik	Vroulik	Huistaal:			
Koshuis inwoner:	JA	NEE	Behendigheid van leerder:	Regs handig	Links handig	
Toelaag:	JA	NEE	Vorige Skool:			
Ras:			Oorlede:	Moeder		
Kerk verband:				Vader		Ander

ANDER KINDERS IN DIE SKOOL:

Naam:	Van:	Geslag:		Graad
		Manlik:	Vroulik:	Gr.:

OUER / VOOG INLIGTING:		ANDER KONTAK PERSOON:	
Titel: Dr. Prof. Mnr. Mev. Mej.		Titel: Dr. Prof. Mnr. Mev. Mej.	
Voorletters:		Voorletters:	
Naam:		Naam:	
Van:		Van:	
ID Nommer:		ID Nommer:	
Huwelikstatus:		Huwelikstatus:	
Beroep:		Beroep:	
Werkgewer:		Werkgewer:	
Werks Tel:		Werks Tel:	
Huis Tel:		Huis Tel:	
Sel:		Sel:	
E-mail:		E-mail:	
Verwantskap met Leerder:		Verwantskap met Leerder:	

Fisiese Adres:	Pos Adres:

MEDIESE INFORMASIE			
Dokter:		Dokters se telefoonnommer	
Naam van Mediese Fonds:		Mediesefondsnummer:	
Hoof Lid:			

VERANTWOORDELIKE PERSOON VAN REKENING:			
Van:		Volle Name:	
ID-Nommer:			
Straat adres		Kode:	
Pos adres:		Kode:	
Job:		Werkgewer:	
Huis Tel.:		Werks Tel.:	Sel:

HANDTEKENING VAN OUER/VOOG

DATUM