

MEDIESE INLIGTING / MEDICAL INFORMATION

Hospitaal voorkeur / Hospital preference

Dokter Naam / Doctors Name

Tel Nommer / Tel Number

Mediese fonds / Medical Aid

Polis Nommer / Policy number

Allergieë of mediese kondisies / Alergies or medical conditions

NOOD KONTAK NOMMERS / EMERGENCY CONTACT NUMBERS

Kontak persoon / Contact Person

Kontak persoon / Contact Person

Verwantskap / Relationship

Verwantskap / Relationship

Huis Nommer / Home Number

Huis Nommer / Home Number

Werk nommer / Work Number

Werk nommer / Work Number

Adres / Address

Adres / Address

Dorp / Town

Dorp / Town

KERK VERBAND / DENOMINATION

Naam van kerk / Name of Church

Jare in die kerk / Years in congregation

Wat is my verwagting van hierdie kursus

ONDERNEMING / COMMITMENT

Ek doen hiermee aansoek om toelating soos hierbo aangedui. Ek verklaar dat die inligting deur my verskaf waar en korrek is. Sou ek tot studie toegelaat word, verbind ek my tot en onderneem ek om

My neer te lê by die bepalings van Amen Akademie

My studiegelde of kampgelde in die aangehegte ooreenkoms vervat te betaal

Die kontakonderrig soos op die semester kalender by te woon, en dat ek 'n minimum van 85% klas bywoning moet hê en indien ek deur korrespondensie doen alle werksopdragte ingehandig moet word, gedagtig daaraan dat dit my semesterpunt mag beïnvloed of in uitsonderlike gevalle vooraf alternatiewe reëlings met die Akademie te tref waar bywoning nie moontlik is nie.

Dat ek verstaan dat indien ek die kursus nie voltooi nie nog steeds verantwoordelik is om die volle uitstaande bedrag te vereffen

My te onderwerp aan die opsig en begeleiding van 'n mentor wat deur die Akademie aangestel sal word

Handtekening / Signature

Ds Hennie Brits