



LAERSKOOL DENNESIG PRIMARY

P.O. Box / Posbus 263
2 C.R. Swart Str. 2
Dennesig, Middelburg 1050
Tel. 013-245-1034/5
Fax/Faks 013-245-1590
E-mail / E-pos: dennesig@pix.co.za

APPLICATION FORM / AANSOEKVORM

SURNAME /VAN	
FULL NAMES / VOLLE VOORNAME	
NAME KNOWN BY / NOEMNAAM	

INITIALS / VOORLETTERS		SEX/GESLAG		GR.		A/B/E	
------------------------	--	------------	--	-----	--	-------	--

ID													
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE OF BIRTH / GEBORTE DATUM									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HOME LANGUAGE / HUISTAAL		REPORT LANGUAGE / VERSLAGTAAL	
--------------------------	--	-------------------------------	--

DATE OF ENROLLMENT / INSKRYWINGS DATUM	
--	--

BOTH PARENTS/ALBEI OUIERS		FATHER / VADER		MOTHER / MOEDER	
STEP FATHER /STIEFVADER		STEP MOTHER /STIEFMOEDER		GUARDIAN /VOOG	

PREVIOUS SCHOOL ATTENDED / VORIGE SKOOL BYGEWOON	
--	--

RELIGION / KERKVERBAND	
------------------------	--

ADDRESS / ADRES	POSTAL ADDRESS / POSADRES	HOME ADDRESS / WOONADRES
POSTAL CODE/POSKODE		

Is your child the eldest/only child in Dennesig Primary? Is u kind die oudste/enigste kind in L/S Dennesig	Eldest/ Oudste	Only/ Enigste	More children in our school? Nog kinders in ons skool? _____
---	-------------------	------------------	---

	MR. / MNR.	MRS. / MEV.
TITLE / TITEL		
INITIALS / VOORLETTERS		
FIRST NAMES / VOORNAME		
SURNAME / VAN		
ID		
RELATIONSHIP / VERWANTSKAP		
OCCUPATION / BEROEP		
EMPLOYER / WERKGEWER		
TEL: WORK / WERK		
HOME / HUIS		
CELL / SEL		

DOCTOR / DOKTER		TEL.	
MEDICAL / MEDIES		MED. NO.	

Handtekening van Ouer/Voog :
Signature of Parent / Guardian: _____

TOELATING:	
TOELATINGSNOMMER	
GEPLAAS BY:	
DATUM VAN TOELATING	

nms. Hoof _____