



## FORMULIR PENDAFTARAN PROGRAM BUDDHIST CULTURE

Foto 3 x 4

### IDENTITAS ANAK

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
Nama Panggilan : \_\_\_\_\_  
Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
Tempat/Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Usia/Golongan Darah : \_\_\_\_\_  
Tinggi dan Berat Badan : \_\_\_\_\_  
Anak ke : \_\_\_\_\_  
Agama : \_\_\_\_\_  
Nama sekolah : \_\_\_\_\_  
Kelas : \_\_\_\_\_  
Alamat Tinggal : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
No. telepon / HP : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
Bahasa Inggris : AKTIF / PASIF / KURANG PAHAM \*

Pernah mengikuti Program Buddhist Culture yang diselenggarakan oleh YASATI: YA / TIDAK \*

Jika Ya, sudah berapa kali mengikuti program Buddhist Culture yang diselenggarakan oleh YASATI? \_\_\_\_ kali.

### IDENTITAS ORANG TUA/WALI\*

	AYAH	IBU
Nama Lengkap	_____	_____
Usia	_____	_____
Agama	_____	_____
Pendidikan Terakhir	_____	_____
Pekerjaan	_____	_____
Alamat Tinggal	_____	_____

Jika dalam keadaan darurat nomor telepon yang dapat dihubungi: \_\_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_ Hubungan: ORANG TUA /WALI/ SAUDARA / TEMAN / LAINNYA\*

Catatan : \* lingkari yang sesuai

**RIWAYAT KESEHATAN ANAK\***

Jenis Penyakit	Lamanya dirawat	Terakhir keluar dari RS

*\*Mohon dicantumkan juga alergi terhadap obat/makanan/dll*

**VITAMIN / OBAT YANG SEDANG DIKONSUMSI ANAK**

Jenis vitamin/obat	Dosis minum	Fungsi

**KEMANDIRINAN ANAK**

(diberikan tanda rumput v)

	YA	TIDAK
Makan mandiri		
Makan vitamin/obat		
Membersikan diri		
Tidur sendiri		
Merapikan tempat tidur		
Tidur dengan lampu	Menyala	Padam*

Kami (peserta dan orang tua/wali peserta) yang bertandatangan di bawah ini telah memberikan data yang sebenarnya, dan kami mengizinkan anak kami mengikuti Program Buddhist Culture di Indonesia Satipatthana Meditation Center (ISMC). Dengan demikian kami mengetahui bahwa anak kami harus mengikuti segala peraturan dan tata tertib yang berlaku di ISMC demi kelancaran acara.

Apabila terjadi pelanggaran terhadap peraturan dan tata tertib tersebut, kami bersedia menanggung segala konsekuensinya.

....., tgl .....

Hormat kami,

**Peserta,**

**Orang Tua/Wali peserta,**

Diketahui oleh,

**Pemeriksa Kesehatan,**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_