



ORTA DOĞU TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
MIDDLE EAST TECHNICAL UNIVERSITY

KARATE-DO

Fotoğraf
Photo

ÜYELİK BAŞVURU FORMU MEMBERSHIP APPLICATION FORM

Adı Soyadı / Name Surname		TKF Sicil No. / TKF ID	Lisans No. & Vize Yılı / License No. & Year		
Doğum Tarihi / Date of Birth		Doğum Yeri / Place of Birth	Uyruğu / Nationality	T.C. Kimlik No. / Yabancı Kimlik No.	
Mesleği / Occupation		Kurum / Institution		Pasaport No. / Passport No.	
Bitirdiği Okul ve Bölüm / Graduated School & Dept.		Öğrenim Durumu / Education		Yabancı Diller / Languages	
ODTÜ ile İlişkisi / Relation with METU					
<input type="checkbox"/> Öğrenci / Student:	Fak./Fac.:	Böl./Dept.:	Sınıf/Cl.:	No./ID:	
<input type="checkbox"/> Mezun / Graduate:	Fak./Fac.:	Böl./Dept.:	Mez. Yılı / Grad. Year:		
<input type="checkbox"/> Personel / Staff:	Görevi / Occupation:		Bölüm / Dept.:		
<input type="checkbox"/> Misafir / Visitor:					
Ankara Adresi / Home Address		İş Adresi / Work Address			
Cep Tel. / Mobile	Ev Tel. / Home	İş Tel. / Work	e-posta / e-mail		
Nüfus Bilgileri (Only for Turkish Citizens)					
Cüzdan Seri:	No:	Baba Adı:	Anne Adı:		
Nüfusa Kayıtlı olduğu İl:		İlçe:	Mah./Köy:		
Cilt No.:	Aile Sıra No.:	Sıra No.:	Dini:	Medeni Hali:	
Cüzdanın Verildiği Yer:		Veriliş Tarihi:	Veriliş Nedeni:		
Karate-Do Deneyimi / Karate-Do Experience					
<input type="checkbox"/> Yeni başlıyorum / Beginner					
<input type="checkbox"/> Daha önce Savaş Sanatlarıyla uğraştım / Experience in Martial Arts:					
Yıllar/Dates:	Süre/Duration:	Stil/Style:	Kulüp/Dojo:	Antrenör/Instr.:	Seviye/Grade:
Hastalıklar / Diseases: (Lütfen uygun olanları işaretleyiniz / Please check all that apply)					
<input type="checkbox"/> Yok / None	<input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı / Heart Disease	<input type="checkbox"/> Tansiyon Problemi / Hypertension-hypotension		<input type="checkbox"/> Sigara/Alkol / Smoking/Alcohol	
Boy / Height:	cm	<input type="checkbox"/> Hastalıklar / Diseases:			
Kilo / Weight:	kg	<input type="checkbox"/> Ortopedik Rahatsızlık / Orthopedic Discomfort:			
Kan Gr./ Blood Typ.:	Rh (....)	<input type="checkbox"/> Ameliyatlar / Surgeries:			
Yukarıda verdiğim bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, aksi takdirde doğacak her türlü durumdan kendimin sorumlu olduğunu; antrenman esnasında herhangi bir rahatsızlık duyduğumda antrenöre bildireceğimi ve bunun sonucunda doğacak rahatsızlıklardan antrenörü veya üyeleri sorumlu tutmayacağımı bildiririm. I state here that the information I provided above is complete and correct; and that during the training, I will notify the instructor as soon as I feel bad and that neither the instructor nor the other members will be responsible for the consequences.					
Ad-Soyad / Name-Surname:		Tarih / Date:	İmza / Signature:		