



YAŞAM DENEYİMİ VE MESLEK GÖZLEMİ PROGRAMI ÖĞRENCİ-KURUM ÖN GÖRÜŞME FORMU

Öğrencinin;	
Adı Soyadı	
Meslek Gözleminin Yapılacağı Kurumun Adı	
Kurum Adresi	
Meslek Gözleminin Yapılacağı Tarih Aralığı	
Kurumda Öğrenciyle İlgili İletişim Kurulacak Kişinin;	
Adı-Soyadı / Görevi	
Cep Telefonu	
E-Posta Adresi	

TED Bodrum Koleji Müdürlüğü'ne,

Velisi olduğum öğrencinin yukarıda belirtilen yer ve tarihte uygulanacak olan Yaşam Deneyimi ve Meslek Gözlemi programına katılmasını talep ediyorum. Çocuğumun program süresince deneyim/gözlem yapacağı işyerini gördüm, çalışanlar hakkında bilgi edindim. Programda çocuğumun bir çalışan olmadığını, herhangi bir ücret almayacağını, SGK ile irtibatlandırılacak bir çalışma yapmayacağını biliyor ve bu durumu kabul ediyorum.

Çocuğum kasıtlı veya kusurlu bir hareketle işyerine maddi bir zarar verir ise bu zararı karşılamayı taahhüt ediyorum.

Gereğini arz ederim.

Tarih

Veli
Ad/Soyad - İmza