

ใบตอบรับการเข้าร่วมโครงการค่ายบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพผู้มีความสามารถพิเศษ
ด้านวิทยาศาสตร์ ด้านกีฬา ด้านดนตรีและศิลปะ

(Talented Science, Sport, Music and Art Youth Camp)

วันที่ ๒๖ เมษายน - ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ข้าพเจ้า เบอร์โทรศัพท์

สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ในวันที่ ๒๖ เมษายน - ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้

เหตุผล

หากสามารถเข้าร่วมโครงการได้ กรุณากรอกข้อมูลด้านล่าง

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....

อาหาร ทั่วไป มังสวิรัติ อิสลาม

แพ้อาหาร ระบุ.....

การเข้าพัก ณ โรงแรมสวูเทล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เฉพาะนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ)

เข้าพักวันที่ ๒๕ เมษายน - ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เข้าพักวันที่ ๒๖ เมษายน - ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐

การเข้าร่วมพิธีเปิด (กรณีมีผู้ติดตาม)

ผู้ติดตามสามารถเข้าร่วมพิธีเปิด-ปิด ได้ไม่เกิน ๒ คน

พิธีเปิดโครงการ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๐ พิธีปิดโครงการ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ไม่มีผู้ติดตาม

มีผู้ติดตาม โปรดระบุชื่อ เกี่ยวข้องเป็น

โปรดระบุชื่อ เกี่ยวข้องเป็น

ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ-นามสกุล

เกี่ยวข้องเป็น เบอร์โทรศัพท์มือถือ

ลงชื่อ นักเรียน

(.....)

ความเห็นของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง) เกี่ยวข้องเป็น.....

ยินดีให้ (ชื่อ-นามสกุล นักเรียน) เข้าร่วมโครงการฯ

ไม่ยินดีให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการ

ลงชื่อ ผู้ปกครอง

(.....)

ผู้ประสานงาน : น.ส.ศิวพร ละม้ายนิล

โทรศัพท์ ๐๘๙-๔๙๒-๘๐๔๕