

กรุณากรอกตัวบรรจง ด้วยปากกาสีดํา หรือดินสอคําชนิดเข้ม

ชื่อ	นามสกุล	คำนำหน้าชื่อ
ชื่อเล่น(ไทย)	วันเกิด ____/____/____	สถานศึกษา
		ระดับชั้น

ที่อยู่	เบอร์โทรศัพท์(บ้าน)	เบอร์โทรศัพท์(มือถือ)
	_____	_____
	รหัสไปรษณีย์	อีเมล
ผู้ปกครองที่สามารถติดต่อได้ในยามฉุกเฉิน	มีความสัมพันธ์เป็น	เบอร์โทรศัพท์(ผู้ปกครอง)

		หมายเหตุ: _____

โรคประจำตัว/ ยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ	ข้อจำกัดด้าน การรับประทานอาหาร	ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (เช่น กลัวความสูง ว่ายน้ำไม่เป็น)

โครงการที่ต้องการเข้าร่วม

<input type="checkbox"/> Cubic ICT Fun Camp #6
<input type="checkbox"/> Cubic Innovator Camp #4
<input type="checkbox"/> Cubic Photo Camp #1

[] อนุญาตให้คิวบิกครีเอทีฟใช้ข้อมูล เพื่อแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมในอนาคต

[] รับทราบและตกลงระเบียบข้อตกลงต่างๆ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว (ดูได้ที่ <http://cubiccreative.org/summer09/tos>)

ชื่อ _____

(_____)

ผู้สมัคร