

MARKS GYMNASIESKOLA 2012-2013

Ansökan till IDROTTSGYMNASIET vid Marks Gymnasieskola.

Härmed anmäler jag mig som sökande till Idrottsgymnasiet höstterminen 2012

Namn:

Adress:

Post nr: Postadress:

Telefon: /

Skola: Klass:

Idrott: Förening:

Jag söker till följande program vid Marks Gymnasieskola:

1:a hand:

2:a hand:

Betygspoäng efter höstterminen:

Min nuvarande tränare:

Namn:

Adress:

Post nr: Postadress:

Telefon: /

MERITFÖRTECKNING – IDROTTSBAKGRUND

Beskriv på ett särskilt papper din idrottsverksamhet, som t.ex. hur länge du har hållit på med din idrott, dina meriter inom idrottsgrenen, som tävlingsresultat, representation och uttagningar till olika lag, kurser/ledarutbildning inom din idrott, eventuella ledaruppgifter o.s.v.

AMBITION – MÅLSÄTTNING

Skriv också ned varför du vill gå på Idrottsgymnasiet och vad du hoppas och tror att du kan få ut av studierna på Idrottsgymnasiet.

HÄLSODEKLARATION

Fyll noggrant i den bifogade Hälsodeklarationen och underteckna den.

OBS! Ofullständig ansökan och utlämnade uppgifter kan innebära att din ansökan till Idrottsgymnasiet inte kommer att behandlas.

Jag har tagit del av kursplan och kursinnehåll och jag är införstådd med att studierna vid Idrottsgymnasiet kommer ställa krav på mig när det gäller träningsdisciplin, engagemang och seriös inställning till både min idrott och skolarbetet.

Ort:..... Datum:.....

Underskrift:.....

Detta ansökningsformulär skall du lämna till din Studie- och Yrkesvägledare samtidigt som du ansöker till ett nationellt program vid Marks Gymnasieskola.

Antagning till Idrottsgymnasiet sker i samarbete med de medverkande idrottsföreningarna. Det är också en förutsättning för antagning att den sökandes idrottsförening ställer sig bakom ansökan och vill medverka till genomförandet av Idrottsgymnasiet.

Alla sökande får skriftligt besked huruvida de är antagna till Idrottsgymnasiet eller ej.

Önskar du mer information om studierna vid Idrottsgymnasiet kan du vända dig till samordnare Johan Westerberg, tel: 0320-217388,

mail: Johan.Westerberg@mark.se eller gå in på hemsidan www.marksgymnasieskola.se och läsa mer.

HÄLSODEKLARATION

Namn	Personnr	
Adress	Tel	
Har du besvärats av något av nedanstående:	Senaste 12 månaderna	Tidigare
	Ja Nej	Ja Nej
Allergisk snuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan överkänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knä- och ledbesvär (ej idrottsskador)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrottsskador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upprepade öron-näs- och halsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinvägsinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bär du glasögon/linser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återkommande huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet, ångslan, oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du varit inlagd på sjukhus eller råkat ut för allvarligt olycksfall? _____

Om du svarar ja: _____
 på vilket sjukhus vårdades du? _____
 När?/För vad? _____

Går du på kontroll hos någon läkare? _____
 Varför? _____

Tar du någon medicin periodvis eller regelbundet? _____

Om du svarar ja: Vilken? _____
 Varför? _____

Flickor/Har du regelbunden mens? _____

Känner du dig fullt frisk? _____

Frågor som rör din livsstil: _____

Tränar du _____ 3-4 ggr/v _____ mindre
 I vilken idrott? _____

Kostvanor: _____

Äter du frukost? _____ alltid _____ ibland _____ aldrig

Äter du lunch? _____ alltid _____ ibland _____ aldrig

Röker/snusar du? _____ aldrig _____ ibland _____ dagligen

Dricker du alkohol? _____ aldrig _____ ibland _____ varje vecka

Datum _____ Underskrift _____