



නිස්සරණ වනය භාවනා මධ්‍යස්ථානය ~ මීතිරිගල
NISSARANA VANAYA RETREAT CENTRE - MEETHIRIGALA
 Web Site - www.nissarana.lk E-Mail - nissaranavanaya.office@gmail.com

(For office use only)

වැඩසටහන් අංකය/Retreat #

අයදුම් පත්‍ර අංකය/App.No.

නව යොවුන් ළමුන්ගේ භාවනා වැඩසටහන් සඳහා අයදුම් පත්‍රය
YOUTH APPLICATION FORM FOR RETREATS

වැඩසටහන් සංවිධායකගේ නම
 NAME OF RETREAT ORGANIZER

වැඩසටහන් කාල සීමාව
 DURATION

සිට FROM දක්වා TO දින ගනන NUMBER OF DAYS

නම
 NAME

මුල් නම First Name වාසගම Last Name

වර්තමාන ලිපිනය
 PRESENT MAILING ADDRESS

දුරකථන අංකයන්
 CONTACT NUMBERS

ජංගම Mobile ස්ථාවර Land Line

උපන් දිනය
 DATE OF BIRTH

D M Y

ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය
 GENDER

පිරිමි/Male ගැහැණු/Female ඊ- මේල් E-Mail

භාසල SCHOOL ශ්‍රේණිය GRADE

ඔබ මීට පෙර නිස්සරණ වනයේ හෝ වෙනත් මධ්‍යස්ථානයක භාවනා කර තිබේද? ('ඔව්' නම් කෙටි විස්තරයක් කරන්න)
 HAVE YOU DONE ANY MEDITATION AT NV OR ANY OTHER CENTER BEFORE (If 'YES' please indicate the centre & which year/month?)

ඔව් YES නැත NO

දෙමාපියන්ගේ හෝ භාරකරුගේ විස්තර /DETAILS OF PARENTS OR GUARDIAN

	මවගේ විස්තර	පියාගේ විස්තර	භාරකරුගේ විස්තර
නම Name			
දුරකථන අංකයන් CONTACT NUMBERS			
ඊ- මේල් E-MAIL ADDRESS			

ඔබ කිසියම් කායික හෝ මානසික රෝගයකින් පෙළෙන්නේද? ('ඔව්' නම් භාවනා කරන ඖෂධ පිළිබඳව කෙටි විස්තරයක් කරන්න)
 HAVE YOU BEEN RECEIVING TREATMENT FOR ANY PHYSICAL OR MENTAL ILL HEALTH? (If 'YES' STATE MEDICATION TAKEN)

ඔව් YES නැත NO

අසාත්මිකතා ගැන
 About Allergies

ආහාර Food වෙනත් Other

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කර සිටිමි. මා හුදෙක් මේ භාවනා වැඩසටහනට ස්වකීය කැමැත්තෙන්ම සහභාගී වන බවත්, වැඩසටහන අතරතුරදී අනෙප්ක්ෂිතව කිසියම් සිද්දියක් හෝ හදිසි ලෙඩක් ඇතිවුවහොත් කමටහන් ලබා දෙන ගෞරවනීය ගුරු ස්වාමීන් වහන්සේ හෝ නිස්සරණ වනයේ කළමනාකාරිත්වය එකී සිදුවීම් පිළිබඳව කිසිදු වගකීමක් නොදරන බවද දැනිමි. එසේම මම ආයතනය මගින් පනවා ඇති සියලුම නීති රීති හා කොන්දේසි වලට එකඟව කටයුතු කරන බවද සහතික වෙමි.

I do hereby declare that the above-mentioned details are accurate. I'm joining this meditation program voluntarily and being well aware that neither the teacher nor the management of the Nissarana Vanaya Retreat Center will be held responsible for any unexpected emergency; especially in case of sudden illness. Furthermore, I agree to abide by the stipulated rules, regulations and conditions stated by the Management of the Retreat Centre. I will always comply with these regulations.

දිනය/ Date : _____

අත්සන/Signature

දෙමාපියන්ගේ ප්‍රකාශය / Parents' Statement

දෙමාපියන්ගේ සහභාගිත්වයෙන් තොරව ඔබගේ දරුවාට මෙම වැඩසටහනට සහභාගී විය හැකි බව තහවුරු කරන්න.
 Please confirm your child is able to follow the program without the presence of parents.

දිනය/ Date : _____

අත්සන/Signature