

# 'සති පාසැල' සඳහා ලියාපදිංචි කිරීම

| පාසලේ විස්තර   |                  |                 |
|--|------------------|-----------------|
| නම:  |                  |                 |
| ලිපිනය:  |                  |                 |
| තරය/ගම :   | පළාත:            | තැපැල් අංකය:    |
| ප්‍රාථමික/ද්විතීයික පාසැල:   |                  |                 |
| ඉගැන්වීමේ මාධ්‍ය:  |                  |                 |
| පාසැලේ සිටින ළමුන් ගණන:  | පිරිමි:          | ගැහැනු:         |
| මෙම වැඩසටහන සඳහා විදුහලේ ළමුන් ඇමතීම සඳහා පොදු මාධ්‍යයක් තිබේ ද?         |                  |                 |
| විදුහල්පති/විදුහල්පතිනියගේ විස්තර  |                  |                 |
| නම:  |                  |                 |
| දුරකථනය:   | විද්‍යුත් තැපෑල: |                 |
| පාසැල තුළ මෙම වැඩසටහන සම්බන්ධීකරණය කිරීම සඳහා නිර්දේශ කරන ගුරුවරුන්ගේ නම |                  |                 |
| නම   | දුරකථනය          | විද්‍යුත් තැපෑල |
|  |                  |                 |
|  |                  |                 |
|  |                  |                 |

කරුණාකර විස්තර මෙම ලිපිනයන්ට එවන්න.

තැපැල් ලිපිනය : වෛද්‍ය නිමිමි ද සිල්වා  
 # 7, අරලිය මාවත, ප්‍රීම්රෝස් උයන, නුවර

විද්‍යුත් තැපෑල: [satipasela@gmail.com](mailto:satipasela@gmail.com)

දුරකථනය: +94774436426

**உளவிழிப்புணர்வு பாடசாலை நிகழ்ச்சித் திட்டத்தில் பதிவு செய்தல்**

| <b>பாடசாலை விபரங்கள்</b>  |                      |                     |
|---|----------------------|---------------------|
| பெயர்:  |                      |                     |
| முகவரி:   |                      |                     |
| நகரம் :   | மாகாணம் :            | குறியீட்டு இலக்கம்: |
| ஆரம்ப :. இடைநிலை பாடசாலை  |                      |                     |
| கற்றல் மொழி மூலம்:  |                      |                     |
| மாணவர்களின் எண்ணிக்கை   | ஆண்:                 | பெண் :              |
| இந்த நிகழ்ச்சித் திட்டத்துக்கு பயன்படுத்தப்பட இயலுமான ஒலிபெருக்கி வசதி பாடசாலையில் உள்ளதா?                      |                      |                     |
| <b>அதிபரின் விபரங்கள்</b>   |                      |                     |
| பெயர் :   |                      |                     |
| தொலைபேசி:   | ஈமெயில்:             |                     |
| இந்த நிகழ்ச்சித் திட்டத்தை பாடசாலையில் ஒருங்கிணைப்பதற்கு ஆசிரியரை / ஆசிரியர்களை தயவு செய்து சிபார்சு செய்யவும். |                      |                     |
| பெயர்   | தொலைபேசி:            | ஈமெயில்:            |
|   |                      |                     |
|   |                      |                     |
|   |                      |                     |
| தயவு செய்து பதிவு செய்தலுக்கான விண்ணப்பத்தை கீழே குறிப்பிடப்படுபவருக்கு அனுப்புக.                               |                      |                     |
| தபால் முகவரி:   | ஈமெயில்:             | தொலைபேசி:           |
| Dr. Nimmi De Silva<br># 7, Araliya Mawatha,<br>Primrose Garden,<br>Kandy  | satipasela@gmail.com | +94774436426        |

# Registration for *Sati Pasela* Program

| SCHOOL INFORMATION  |           |           |
|---|-----------|-----------|
| Name:   |           |           |
| Address:  |           |           |
| City:   | Province: | ZIP Code: |
| Primary/ Secondary:   |           |           |
| Medium of Instruction:  |           |           |
| Number of students:   | Male:     | Female:   |
| Does the school have a public address system to use for this program:             |           |           |
| DETAILS OF PRINCIPAL  |           |           |
| Name:   |           |           |
| Phone:  | E-mail:   |           |
| PLEASE NAME THE TEACHER/S RECOMMENDED FOR COORDINATING THIS PROGRAM IN THE SCHOOL |           |           |
| Name  | Phone     | E-mail    |
|   |           |           |
|   |           |           |
|   |           |           |

Please send the Registration Application to:

**Postal Address:** Dr Nimmi de Silva  
# 7, Araliya Mawatha, Primrose Garden, Kandy

**E-mail:** [satipasela@gmail.com](mailto:satipasela@gmail.com)

**Telephone:** [+94774436426](tel:+94774436426)