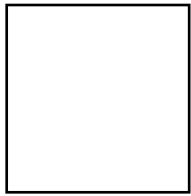


ใบสมัคร
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีमारิม



เขียนที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีमारิม
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลเด็ก

๑. เด็กชื่อ -นามสกุล.....ชื่อเล่น.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕.....)
๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
บิดาชื่อ - นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....รายได้.....
มารดาชื่อ - นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....รายได้.....
มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะเด็ก

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ / รับผิดชอบของ
๑.๑ บิดา มารดา ทั้งบิดา - มารดาด้วยกัน
๑.๒ ญาติ(โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
๑.๓ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
๒. ผู้ดูแลอุปการะเด็ก ตามข้อที่ ๑
๒.๑ ชื่อ.....อาชีพ.....
๒.๒ มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท
๒.๓ ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
๓. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
โดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก เบอร์โทรศัพท์.....

คำรับรอง

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีमारิมเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติ ครบถ้วนถูกต้องตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานถูกต้อง
๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีमारิม
๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีमारิมและยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนายาตีमारิมเด็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบมอบตัว
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีมาริม
องค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน อำเภอยาง่างแดง จังหวัดปัตตานี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....
บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์..... เป็นผู้ปกครองของ (เด็กชาย/เด็กหญิง).....
เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีมาริม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็ก
ยาตีมาริม ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีมาริมอย่างเคร่งครัด

๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีมาริมในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่างๆ ที่
อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด และสถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด.....
.....เบอร์โทรศัพท์.....

อนึ่งถ้า (เด็กชาย/เด็กหญิง).....เจ็บปวด จำเป็นต้องรีบส่ง
โรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีมาริมจัดการไปตามความเห็นชอบ
ก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ผู้ส่งมอบเด็ก

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร

๑. ตัวเด็ก
๒. สำเนาสูติบัตร ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านเด็ก ๑ ฉบับ
๔. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๖ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
๕. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านปามะพร้าว ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว
๖. สมุดบันทึกสุขภาพ หรือใบรับรองแพทย์
๗. สำเนาบัตรประชาชน บิดา มารดา (อย่างละ ๑ ฉบับ)

ทะเบียนประวัตินักเรียน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีमारิม
องค์การบริหารส่วนตำบลพิเทิน อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี

เลขประจำตัว

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

เด็กชาย/เด็กหญิง.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี.....เดือน

จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์

กรุ๊ปเลือด เอ บี เอบี โอ

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อ - นามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันของนักเรียน เลขที่.....ถนน/ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

มีพี่น้องทั้งหมด.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน นักเรียนเป็นบุตรคน

ที่.....น้ำหนัก.....กิโลกรัม สูง.....เซนติเมตร

นักเรียนมีโรคประจำตัว.....เมื่อมีอาการควรแก้ไขอย่างไร.....

ประวัติแพ้ยา (บอกชนิดยา).....แพ้อาหาร (บอกชนิด).....

นิสัยในการรับประทานอาหาร.....การดื่มนม.....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย.....เมื่ออายุ.....ปี

การได้รับภูมิคุ้มกัน.....นักเรียนเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน

.....ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของนักเรียน.....

เด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....ข้อมูลอื่น ๆ ที่ควรแจ้งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยาตีमारิม ได้รับ

ทราบ

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

บันทึกประวัติสุขภาพ

ของ (เด็กชาย/เด็กหญิง).....ชื่อเล่น.....

๑. ประวัติการคลอด

ปกติ

ไม่ปกติ

๒. สายตา

ปกติ

ไม่ปกติ

๓. การเริ่มพูด

ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง)

ไม่ปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

๔. การเริ่มเดิน

ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง)

ไม่ปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

๕. การผ่าตัด

ไม่มี

ไม่รุนแรง คือ

รุนแรง คือ

๖. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือ.....เมื่อ.....

๗. โรคประจำตัว บิดา/มารดา

ไม่มี

มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค

เบาหวาน

หัวใจ

มะเร็ง

อื่นๆ

๘. โรคประจำตัว นักเรียน

ไม่มี

มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค

เบาหวาน

หัวใจ

มะเร็ง

อื่นๆ

๙. การได้รับภูมิคุ้มกัน

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> คอตีบ | <input type="checkbox"/> หัดเยอรมัน | <input type="checkbox"/> ไอกรน |
| <input type="checkbox"/> บาดทะยัก | <input type="checkbox"/> โปлио | <input type="checkbox"/> ตั๊กแตน |
| <input type="checkbox"/> บีซีจี | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ | |

สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำ คือ

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....)
เกี่ยวข้องกับ.....
วันที่บันทึก.....