ติดรูปถ่าย

ใบสมัคร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย

เขียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต. สุขฤทัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลเด็ก

๑. เด็กชื่อ – นามสกุล.....ชื่อเล่น..... .....

๒. เกิดวัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี.....เดือน (นับถึงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่..... บ้าน..... .... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ถนน.....หมู่ที่..... บ้า น..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... .....

บิดาชื่อ - นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....

มารดาชื่อ - นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....

มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะเด็ก

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ / รับผิดชอบของ

๑.๑ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ทั้งบิดา – มารดาร่วมกัน

๑.๒ ☐ ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง)..... ๑.๓ ☐ อื่นๆ(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 เบอร์โทรติดต่อ.....

คำรับรอง

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของอบต.สุขฤทัย เข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติ ครบถ้วนถูกต้องตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง

๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อบต.สุขฤทัย

๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของ อบต.สุขฤทัย และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<u>ใบมอบตัว</u>

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย

สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย อำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... .....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... .....หมู่ที่..... บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ..... .....จังหวัด..... โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของเด็กชาย/เด็กหญิง..... .....เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย อย่างเคร่งครัด

๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย ในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด..... เบอร์โทรศัพท์.....อนึ่งถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง.....เจ็บป่วยจำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาล หรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

<u>ผู้ส่งมอบเด็ก</u>

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

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง	ลงชื่อ.....ผู้รับมอบตัว
(.....)	(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร

๑.ตัวเด็ก

๒.สำเนาสูติบัตร

๓.สำเนาบัตรประชาชน บิดา / มารดา

๔.สำเนาทะเบียนบ้าน เด็ก / บิดา / มารดา

๕.ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว

๖.สมุดบันทึกสุขภาพ (หน้าที่ได้รับวัคซีน)

๗.รูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๖ รูป

<u>ทะเบียนเด็กเล็ก</u>

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย

สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย

เลขประจำตัว ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

เกิดวัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน

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

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

ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก ☐ สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์ คือ.....

กรุ๊ปเลือด ☐ เอ ☐ บี ☐ เอบี ☐ โอ

บิดาชื่อ.....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 นักเรียนเป็นบุตรคนที่.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม สูง.....เซนติเมตร นักเรียนมีโรคประจำตัว.....

เมื่อมีอาการควรแก้ไขอย่างไร.....

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

นิสัยในการรับประทานอาหาร.....การดื่มนม.....ประวัติการได้รับ

อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย.....เมื่ออายุ.....ปี

การได้รับภูมิกัน.....

นักเรียนเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน.....

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของนักเรียน.....

เด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....

ข้อมูลอื่นๆที่ควรแจ้งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย บ้านวังบ่างสามัคคี ได้รับทราบ

.....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ประวัติการคลอด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ คือ.....

๒. สายตา ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ คือ.....

๓. การเริ่มพูด

☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

๔. การเริ่มเดิน

☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

๕. การผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ ไม่รุ่นแรง คือ.....

☐ รุนแรง คือ.....

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

๗. โรคประจำตัว บิดา / มารดา ☐ ไม่มี ☐ มี

☐ วันโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู ☐ หัวใจ

☐ มะเร็ง ☐ เคยป่วย เป็น.....

๘. โรคประจำตัวเด็กนักเรียน ☐ ไม่มี ☐ มี

☐ วันโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู ☐ หัวใจ

☐ มะเร็ง ☐ เคยป่วย เป็น.....

๙. การได้รับภูมิคุมกัน

☐ คอตีบ ☐ หัดเยอรมัน ☐ ไอกรน ☐ บาททะยัก

☐ โปริโอ ☐ ตับอักเสบ ☐ บีซีจี ☐ อื่นๆ คือ.....

- สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นประจำ คือ

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
เกี่ยวข้องเป็น.....
วันที่บันทึก.....