

ADAY KAYIT FORMU
LÜTFEN FORMUN EKSİZ DOLDURUNUZ.

ÇOCUĞUN:

DOĞUM TARİHİ :
GÜN/AY/YIL/ YAZINIZ :
T.C.Kimlik No :
Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
(*)Velisi kim? :
Anne-Baba birlikte mi? :
Kiminle oturuyor? :
Oturduğu ev kiramı? :
Kendi odası var mı? :
Ev ne ile ısıyor? :
Okula nasıl geliyor? :
Aile dışında kalan var mı? :
Geçirdiği kaza :
Geçirdiği ameliyat :
Kullandığı cihaz protez :
Geçirdiği hastalık :
Sürekli kullandığı ilaç :
Kardeş sayısı :
Kilo :
Boy :

ÖZEL EĞİTİM GEREKSİNİMİ VARSA İŞARETLEYİNİZ

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | -Davranış Bozukluğu |
| <input type="checkbox"/> | -Dil ve Konuşma |
| <input type="checkbox"/> | -Görme ve Az Gören |
| <input type="checkbox"/> | -Görme ve Görmeyen |
| <input type="checkbox"/> | -İşitme Özürlü |
| <input type="checkbox"/> | -Ortopedik-Alt Beden Kullanamıyor |
| <input type="checkbox"/> | -Ortopedik-Alt ve Üst Beden Kullanamıyor |
| <input type="checkbox"/> | -Ortopedik-Üst Beden Kullanamıyor |
| <input type="checkbox"/> | -Otizm |
| <input type="checkbox"/> | -Ruhsal ve Duygusal-Hiperaktivite |
| <input type="checkbox"/> | -Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme Gülcüğü |
| <input type="checkbox"/> | -Ruhsal ve Duygusal- Özel Öğrenme Güçlüğü ve Hiperaktivite |
| <input type="checkbox"/> | -Serebral Palsi |
| <input type="checkbox"/> | -Süreğen Hastalığı Var |
| <input type="checkbox"/> | -Üstün Yetenek |
| <input type="checkbox"/> | -Zihinsel |

ANNE Sağ Ölü **BABA** Sağ Ölü

T.C.Kimlik No :
Adı-Soyadı :
Öğrenim Durumu :
Mesleği :
E-Posta Adresi :
Sürekli Hastalığı :
Engel Durumu :
Tel(Ev) :
Tel(Cep) :
Tel(İş) :

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Şehit Çocuğu |
| <input type="checkbox"/> | Gazi Malul Çocuğu |
| <input type="checkbox"/> | 2828 SHÇEK Kanununa Tabi |
| <input type="checkbox"/> | Yurt dışından Geldi |

Aile Gelir Durumu
 Çok İyi İyi Orta Düşük Çok
Kötü

...../...../2024
Velinin İmzası

Adı-Soyadı