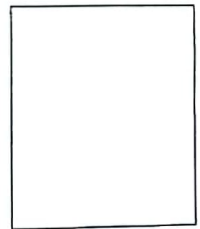


ใบสมัคร
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอน



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

ข้อมูลเด็ก

- เด็กชื่อ - สกุลชื่อเล่น..... เชื้อชาติ สัญชาติ
- เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.อายุปีเดือน (นับถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 25.....)
- ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
- บิดาชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
- มารดาชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
- มีพี่น้องร่วมบิดา-มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ

- ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ
 - บิดา มารดา ทั้งบิดา-มารดา
 - ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
 - อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- อาชีพบิดา มารดา หรือผู้ดูแลอุปการะ.....
- ผู้ดูแลอุปการะเด็กตามข้อ 1. มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท
- ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
- ผู้ที่จะมารับส่งเด็ก(นาย/นาง/น.ส).....นามสกุล.....โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....

คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอนเข้าใจแล้ว เด็กที่จะนำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องตามในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูใน ศพค.องค์การบริหารส่วนตำบลดอน
- ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอนและยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบมอบตัว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอน

องค์การบริหารส่วนตำบลดอน อำเภอดงเจริญ จังหวัดปัตตานี

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

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

อาชีพ..... รายได้..... บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

เป็นผู้ปกครองของเด็กชาย/เด็กหญิง..... เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็ก

เล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอน และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การ

บริหารส่วนตำบลดอน ดังนี้

1. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอนอย่างเคร่งครัด

2. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอนในการจัดการเรียนการสอนจัดปัญหาต่างๆ

ที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด.....

เบอร์โทรศัพท์..... อนึ่ง ถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง.....เจ็บป่วย

จำเป็นต้องรับนำส่งพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วน

ตำบลดอนจัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

3. ข้าพเจ้าได้ชำระค่าใช้จ่ายและค่าธรรมเนียมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลดอน ตลอดปี

การศึกษาในวันมอบตัวเรียบร้อยแล้ว เป็นเงิน.....บาท (.....)

ผู้รับ-ส่งเด็ก

1. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....

โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

2. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....

โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

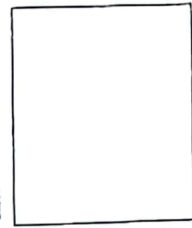
ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ทะเบียนเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลตอน
องค์การบริหารส่วนตำบลตอน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี



เลขประจำตัว

ชื่อ - สกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปี เกิด.....จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ตามทะเบียน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

จำนวนพี่น้องร่วมสายโลหิต.....คน เป็นบุตรคนที่.....พี่ชาย.....คน น้องชาย.....คน พี่สาว.....คน น้องสาว.....คน

สุขภาพโดยรวมของเด็กเล็ก

สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ คือ.....

กลุ่มเลือด A B AB O

เด็กเล็กมีโรคประจำตัว คือ.....เมื่อมีอาการควรแก้ไข.....

เด็กเล็กมีประวัติการแพ้ยา คือ.....

เด็กเล็กมีประวัติการแพ้อาหาร คือ.....

เด็กเล็กควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....

สิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

ข้อมูลบิดา - มารดา

ชื่อ - สกุล บิดา..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี ที่อยู่.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อ - สกุล มารดา..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี ที่อยู่.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรสของบิดา มารดา อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ เลิกร่างกัน บิดาหรือมารดาแต่งงานใหม่

ข้อมูลผู้ปกครอง

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็กเล็กอาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกประวัติสุขภาพ

ชื่อ-นามสกุล (เด็กชาย/เด็กหญิง).....ชื่อเล่น.....

ประวัติการคลอด ปกติ ไม่ปกติ

1. สายตา ปกติ ไม่ปกติ

2. การเริ่มพูด ปกติ (ภายใน 1 ขวบครึ่ง) ไม่ปกติ (หลัง 1 ขวบครึ่ง)

3. การเริ่มเดิน ปกติ (ภายใน 1 ขวบครึ่ง) ไม่ปกติ (หลัง 1 ขวบครึ่ง)

4. การผ่าตัด ไม่มี

ไม่รุนแรง คือ.....

รุนแรง คือ.....

1. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือ..... เมื่อ

2. โรคประจำตัว บิดา/มารดา

ไม่มี

มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค

เบาหวาน

หัวใจ

มะเร็ง

อื่นๆ (ระบุ).....

3. โรคประจำตัวนักเรียน

ไม่มี

มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค

เบาหวาน

หัวใจ

มะเร็ง

อื่นๆ (ระบุ).....

4. การได้รับภูมิคุ้มกัน

คอตีบ

หัดเยอรมัน

ไอกรน

บาดทะยัก

โปลิโอ

ตับอักเสบ

บีซีจี

อื่นๆ.....

5. สถานพยาบาลที่นักเรียนมีประวัติการรักษาพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นประจำ คือ

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของนักเรียน

วันที่บันทึก.....