

ใบสมัคร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้อมูลเด็ก

๑. เด็กชื่อ - นามสกุล..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
๒. เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี.....เดือน.....
(นับถึงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๗) โรคประจำตัว.....
๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... โทรศัพท์. (ถ้ามี).....
บิดาชื่อ..... อาชีพ.....
มารดาชื่อ..... อาชีพ.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ
 - ๑.๑. บิดา มารดา ทั้งบิดา - มารดาด้วยกัน
 - ๑.๒ ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
 - ๑.๓ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
๒. อาชีพบิดามารดา หรือผู้ดูแลอุปการะ.....
๓. ผู้ดูแลอุปการะเด็กตามข้อ ๑. มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท.
๔. ผู้มาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
๕. ผู้ที่รับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
โดยเกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

คำรับรอง

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของ อบต. เข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อบต.
๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กกำหนด

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

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 เด็ก

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 | |

สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของเด็กหรือเด็กเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำ คือ

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

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

วันที่บันทึก.....