

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | | **Velisi Kim** | | Baba Anne ………………….. | | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** |  | | | **Doğum Tarihi** | |  | | | |
| **Anasınıfına Gitti mi?** | Evet Hayır | | | **Sınıfı/Numarası** | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Kiminle Oturuyor** | Ailesiyle Annesiyle Babasıyla Velisiyle | | | | | | | | |
| **Oturduğu Ev Kira Mı?** | Kendilerinin Kira Lojman | | | | | | | | |
| **Kendi Odası Var Mı?** | Var Yok | | | | | | | | |
| **Ev Ne ile Isınıyor** | Doğal Gaz  Elektrikli Isıtıcı  Kalorifer  Soba  Diğer | | | | | | | | |
| **Okula Nasıl Geliyor** | Ailesiyle  Servisle  Toplu Taşıma  Yürüyerek | | | | | | | | |
| **Bir İşte Çalışıyor Mu?** | Evet Hayır | | | | | | | | |
| **Aile Dışında Kalan Var Mı** | Var Yok | | | | | | | | |
| **Geçirdiği Kaza** | Kaza Geçirmedi  Ev Kazası  İş Kazası  Okul Kazası  Trafik Kazası | | | | | | | | |
| **Geçirdiği Ameliyat** | Ameliyatı Geçirmedi  Diğer  Apandist  Fıtık  Göz  Kalp | | | | | | | | |
| **Kullandığı Cihaz Protez** | Cihaz Protez Yok  Diğer  Görsel  İşitsel  Ortopedik | | | | | | | | |
| **Geçirdiği Hastalık** | Hastalık Geçirmedi  Diğer  Çocuk Felci  Havale Menenjit  Sara | | | | | | | | |
| **Sürekli Hastalığı** | Sürekli Hastalığı Yok  Diğer  Alzheimer  Astım  Böbrek Yetmezliği  Felç  Hepatit  Kalp  Kanser  Parkinson  Sara  Siroz  Şeker  Tansiyon  Verem | | | | | | | | |
| **Sürekli Kullandığı İlaç** | Kullandığı İlaç Yok  Astım  Kalp  Sara  Şeker | | | | | | | | |
| **Kardeş Sayısı**(Kendisi Hariç) | ………….. | **Boy** | | | ……….cm | | **Kilo** | | ………..kg |
| **Hanede yaşayan kişi sayısı:** ……….….. | | **Aile Gelir Durumu:** Çok İyi  İyi  Orta  Düşük | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **BABA BİLGİLERİ** | | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | **T.C. Kimlik Numarası** | | | | |  | |
| **Mesleği** |  | | **Öğrenim Durumu** | | | | |  | |
| **Cep Telefonu:** |  | | **E-posta** | | | | |  | |
| **Sürekli Hastalığı** | Sürekli Hastalığı Yok  Diğer | | | | | | | | |
| **Engel Durumu** | Herhangi bir özrü yok  Özür varsa özür türünü yazınız ..……………….:………………… | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **ANNE BİLGİLERİ** | | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | **T.C. Kimlik Numarası** | | | | |  | |
| **Mesleği** |  | | **Öğrenim Durumu** | | | | |  | |
| **Cep Telefonu:** |  | | **E-posta** | | | | |  | |
| **Sürekli Hastalığı** | Sürekli Hastalığı Yok  Diğer | | | | | | | | |
| **Engel Durumu** | Herhangi bir özrü yok  Özür varsa özür türünü yazınız :……………………………………. | | | | | | | | |
| **ACİL DURUMLARDA ANNE BABA DIŞINDA İRTİBAT KURULABİLECAK KİŞİLER** | | | | | | | | | |
| **Adı – Soyadı** | **İletişim Numarası** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan eder, bu bilgilerde yanlışlık olduğu takdirde doğacak sonuçlardan sorumlu olduğumu kabul ederim.  …...../……/2025  Veli Adı Soyadı: ……………………………………………………………....  İmza:……………….. | | | | | | | | | |