

ใบสมัคร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

เขียนที่ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลเด็ก

1. เด็กชื่อ—นามสกุล.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
(นับตั้งแต่วันที่18เดือนพฤษภาคมพ.ศ. 25.....) โรคประจำตัว.....
3. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
4. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบันบ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
- บิดาชื่อ.....อาชีพ.....
- มารดาชื่อ.....อาชีพ.....
- มีพี่น้องร่วมบิดา—มารดาเดียวกันจำนวน.....คนเป็นบุตรลำดับที่.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ

1. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ
1.1.....บิดามารดาทั้งบิดา—มารดาร่วมกัน
1.2.....ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
1.3.....อื่นๆ (โปรดระบุ).....
2. อาชีพบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ.....
3. ผู้ดูแลอุปการะเด็กตามข้อ 1. มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท
4. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
5. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

คำรับรอง

- 1.ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครเข้าใจแล้วเด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศและหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
- 2.ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา
- 3.ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อกำหนดขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสาและยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบมอบตัว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา ตำบลท่าเสา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือนที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....
ถนน/ตรอก/ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครอง
ของเด็กชาย/เด็กหญิง.....เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหาร
ส่วนตำบลท่าเสาและพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา
ดังนี้

1. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสาอย่างเคร่งครัด
2. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสาในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหา
ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิดสถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด.....
โทรศัพท์.....อนึ่งถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง.....
เจ็บป่วยจำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันทีข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯจัดการไปตามความเห็นชอบ
ก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ผู้รับส่งเด็ก

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....โดยเกี่ยวข้องเป็น.....
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
ลงชื่อผู้ปกครอง.....
ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุหลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร

1. ตัวเด็ก
2. สำเนาสูติบัตร
3. สำเนาทะเบียนบ้านเด็ก
4. สำเนาบัตรประชาชนบิดา
5. สำเนาบัตรประชาชนมารดา
6. สำเนาทะเบียนบ้านบิดา
7. สำเนาทะเบียนบ้านมารดา
8. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นหรือสวมหมวกขนาด 1 นิ้วจำนวน 3 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
9. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว
10. สมุดบันทึกสุขภาพ

ทะเบียนเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา สังกัดสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ชื่อ-นามสกุล..... ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวประชาชน -

วันเดือนปีเกิด..... จังหวัดที่เกิด..... เชื้อชาติ.....

สัญชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

เป็นบุตรคนที่..... จำนวนพี่น้องร่วมสายโลหิต..... คนพี่ชาย..... คนน้องชาย..... คน

พี่สาว..... คนน้องสาว..... คน

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

นิสัยในการรับประทานอาหาร.....

การดื่มนม.....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย..... เมื่ออายุ..... ปี

สุขภาพโดยรวมของเด็กเล็ก ☐ สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์คือ.....

กลุ่มเลือด ☐ เอ ☐ บี ☐ เอบี ☐ โอ

นักเรียนมีโรคประจำตัวคือ..... เมื่อมีอาการควรแก้ไขโดย.....

โรคจากพันธุกรรมหรือความผิดปกติต่างๆ..... เมื่อมีอาการควรแก้ไขโดย.....

เด็กเล็กมีประวัติแพ้อาหาร(บอกชนิด)..... แพ้ยา(บอกชนิด).....

การได้รับภูมิคุ้มกันโรค.....

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของนักเรียน.....

นักเรียนเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน หรือ ไม่.....

ชื่อ-สกุลบิดา..... อายุ..... ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน..... รายได้..... บาท/เดือน

ชื่อ-สกุลมารดา..... อายุ..... ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน..... รายได้..... บาท/เดือน

สถานภาพสมรสของบิดามารดา ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่ ☐ เลิกร้างกัน

☐ บิดาหรือมารดาแต่งงานใหม่ ☐ อื่นๆ.....

ชื่อ-สกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปีเกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้อมูลอื่นๆ ที่ควรแจ้งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา ทราบ.....

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

บันทึกประวัติสุขภาพ

1. ประวัติการคลอด

☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติคือ.....

2. สายตา

☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติคือ.....

3. การเริ่มพูด

☐ ปกติ (ภายใน 1 ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง 1 ขวบครึ่ง)

4. การเริ่มเดิน

☐ ปกติ (ภายใน 1 ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง 1 ขวบครึ่ง)

5. การผ่าตัด

☐ ไม่มี

☐ ไม่รุนแรงคือ.....

☐ รุนแรงคือ.....

6. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรงคือ เมื่อ

7. โรคประจำตัวบิดา/มารดา ☐ ไม่มี ☐ มีโรคประจำตัวเหล่านี้

☐ วัณโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู ☐ หัวใจ ☐ มะเร็ง ☐ เคยป่วยเป็น.....

8. โรคประจำตัวนักเรียน ☐ ไม่มี ☐ มีโรคประจำตัวเหล่านี้

☐ วัณโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู ☐ หัวใจ ☐ มะเร็ง ☐ เคยป่วยเป็น.....

9. การได้รับภูมิคุ้มกัน

☐ คอตีบ ☐ หัดเยอรมัน ☐ ไอกรน ☐ บาดทะยัก

☐ โปริโอ ☐ ตับอักเสบบ ☐ ปัสสาวะ ☐ อื่นๆคือ.....

*สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำคือ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

วันที่ให้ข้อมูล.....

แบบบันทึกการได้รับวัคซีน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี
ด.ช./ด.ญ. เกิดวันที่

วัคซีนพื้นฐานที่เด็กต้องได้รับ

อายุ	วัคซีนป้องกันโรค	วันที่ได้รับ	หมายเหตุ
------	------------------	--------------	----------

