

ใบสมัคร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคล

สังกัด เทศบาลตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้อมูลเด็ก

๑. เด็กชื่อ - สกุลชื่อเล่น.....
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....
 ๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
 (นับถึงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๘) โรคประจำตัว.....
 ๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 บิดาชื่อ.....อาชีพ.....รายได้/เดือน.....
 มารดาชื่อ.....อาชีพ.....รายได้/เดือน.....
 เด็กนักเรียนมีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

ข้อมูลบิดามารดา หรือผู้ดูแลอุปการะ

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบ
 ๑.๑ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ทั้งบิดา - มารดาร่วมกัน
 ๑.๒ ☐ ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
 ๑.๓ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
 ๒. อาชีพบิดามารดา หรือผู้ดูแลอุปการะ.....
 ๓. ผู้ดูแลอุปการะเด็กตามข้อ ๑ มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท
 ๔. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
 ๕. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
 โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

คำรับรอง

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศเทศบาลตำบลไชยมงคล เรื่อง การรับสมัครเด็กเล็กเพื่อเข้ารับการเตรียมความพร้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ โดยละเอียดถี่ถ้วนแล้ว
 ๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องตามกฎหมาย ในการจะนำเด็กเล็กสมัครเข้าเตรียมความพร้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคล ซึ่งเด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วน ตรงตามประกาศดังกล่าว และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานที่ถูกต้องทุกประการ
 ๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อกำหนดของเทศบาลตำบลไชยมงคล และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคลกำหนด

ลงชื่อ.....ผู้นำเด็กเล็กมาสมัคร
 (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบรายงานตัว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคล
สังกัด เทศบาลตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ติดรูปนักเรียน
หน้าตรง
ขนาด ๑ นิ้ว

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
ชื่อหมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของเด็กชาย/เด็กหญิง.....
เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคลและพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคล ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคลอย่างเคร่งครัด
๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคลในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่างๆ
ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด.....
.....โทรศัพท์.....

อนึ่งถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง.....เจ็บป่วย จำเป็นต้องรับส่ง
โรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ดำเนินการตามความเห็นชอบและแจ้งให้
ข้าพเจ้าทราบ โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

๓. ข้าพเจ้าได้ชำระค่าใช้จ่ายและค่าธรรมเนียมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคล ตลอดปี
การศึกษาในวันรายงานตัวเรียบร้อยแล้ว เป็นเงิน.....บาท (.....)

ผู้รับส่งเด็ก

๑. (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
๑. (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....
(.....)

ลงชื่อผู้รับรายงานตัว.....ครู/เจ้าหน้าที่
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

--	--	--	--	--	--	--	--

สำหรับครู/เจ้าหน้าที่กำหนดเลขประจำตัวนักเรียน

ทะเบียนเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลไชยมงคล

สังกัด เทศบาลตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อ-นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

วัน เดือน ปีเกิด.....จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....

สัญชาติ.....ศาสนา.....โรคประจำตัว.....กลุ่มเลือด.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ตำบล.....

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

สุขภาพโดยรวมของเด็กเล็ก ☐ สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์ คือ

กลุ่มเลือด () เอ () บี () เอบี () โอ

เด็กเล็กมีโรคประจำตัว คือเมื่อมีอาการควรแก้ไข.....

เด็กเล็กมีประวัติการแพ้ยา คือ

เด็กเล็กควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....

ชื่อ-นามสกุล บิดาอายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อ-นามสกุล มารดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรสของบิดามารดา ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่ ☐ เลิกร้างกัน

☐ บิดาหรือมารดาแต่งงานใหม่ ☐ อื่นๆ.....

นักเรียนเป็นบุตรคนที่.....จำนวนพี่น้องร่วมสายโลหิต.....คน

พี่ชาย.....คน น้องชาย.....คน พี่สาว.....คน น้องสาว.....คน

ชื่อ-นามสกุล ผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของนักเรียน

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

บันทึกประวัติสุขภาพ

๑. ประวัติการคลอด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ คือ.....
๒. สายตา ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ คือ.....
๓. การเริ่มพูด ☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)
๔. การเริ่มเดิน ☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)
๕. การผ่าตัด ☐ ไม่มี
- ☐ ไม่รุนแรง คือ.....
- ☐ รุนแรง คือ.....

๖. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือเมื่อ.....

๗. โรคประจำตัว บิดา/มารดา ☐ ไม่มี ☐ มีโรคประจำตัวเหล่านี้
- ☐ วัณโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู
- ☐ หัวใจ ☐ มะเร็ง
- ☐ เคยป่วยเป็น.....

๘. โรคประจำตัวนักเรียน ☐ ไม่มี ☐ มีโรคประจำตัวเหล่านี้
- ☐ วัณโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู
- ☐ หัวใจ ☐ มะเร็ง
- ☐ เคยป่วยเป็น.....

๙. การได้รับภูมิคุ้มกัน ☐ คอตีบ ☐ หัดเยอรมัน
- ☐ ไอกรน ☐ บาดทะยัก
- ☐ โปлио ☐ ตั๊กแตน
- ☐ บีซีจี ☐ อื่นๆ คือ.....

* สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียน หรือนักเรียนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำ คือ

โรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / คลินิก (โปรดระบุ)

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ผู้ปกครอง

เกี่ยวข้องกับนักเรียนเป็น.....

วันบันทึก.....