

ใบสมัครศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

เขียนที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ข้อมูลเด็ก**

๑. เด็กชื่อ -นามสกุล.....ชื่อเล่น.....
๒. เกิดวันที่.....ที่.....เดือน.....พ.ศ. .... อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕.....) โรคประจำตัว.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ(ถ้ามี).....
- บิดาชื่อ - นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....
- มารดาชื่อ - นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ..... มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

**ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะเด็ก**

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ / รับผิดชอบของ
  - ๑.๑  บิดา  มารดา  ทั้งบิดา - มารดาาร่วมกัน
  - ๑.๒  ญาติ(โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
  - ๑.๓  อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
๒. ผู้ดูแลอุปการะเด็ก ตามข้อที่ ๑
  - ๒.๑ ชื่อ.....อาชีพ.....
  - ๒.๒ มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท
  - ๒.๓ ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
๓. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... โดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก เบอร์โทรศัพท์.....

**คำรับรอง**

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยมงคลเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติ ครบถ้วนถูกต้องตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานถูกต้องจริง
๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยมงคล
๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยมงคลและยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยมงคลกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

## ใบมอบตัว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยเมงคล อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี  
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่.....  
บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์..... เป็นผู้ปกครองของ (เด็กชาย/เด็กหญิง).....  
เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กศูนย์พัฒนา.....และพร้อมที่จะปฏิบัติตาม  
ระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก..... ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก..... อย่างเคร่งครัด

๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....ในการจัดการเรียนการสอนและ  
ขจัดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด และสถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด  
.....เบอร์โทรศัพท์.....

อนึ่งถ้า (เด็กชาย/เด็กหญิง).....เจ็บปวด จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาลหรือพบ  
แพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....จัดการไปตามความเห็นชอบ  
ก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

### ผู้ส่งมอบเด็ก

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์  
โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**หมายเหตุ** หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร

๑. ตัวเด็ก
๒. สำเนาสูติบัตร
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
๕. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก..... ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว
๖. สมุดบันทึกสุขภาพ หรือใบรับรองแพทย์

ทะเบียนประวัตินักเรียน  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยมงคล อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

เลขประจำตัว

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

เด็กชาย/เด็กหญิง.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ.....ปี.....เดือน

จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน.....

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

โทรศัพท์.....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก  สมบูรณ์  ไม่สมบูรณ์ .....

กรู๊ปเลือด  เอ  บี  เอบี  โอ

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อาชีพ.....

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

มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....

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

ชื่อ - นามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันของนักเรียน เลขที่.....ถนน/ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

มีพี่น้องทั้งหมด.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน นักเรียนเป็นบุตรคนที่

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

นักเรียนมีโรคประจำตัว.....เมื่อมีอาการควรแก้ไขอย่างไร.....

ประวัติแพ้ยา (บอกชนิดยา).....แพ้อาหาร (บอกชนิด).....

นิสัยในการรับประทานอาหาร.....การดื่มนม.....

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

การได้รับภูมิคุ้มกัน.....นักเรียนเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน

.....ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของนักเรียน.....

เด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....ข้อมูลอื่น ๆ ที่ควรแจ้งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บ้านหนองขาม ได้รับทราบ .....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

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

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี       | <input type="checkbox"/> มี โรคประจำตัวเหล่านี้ |
| <input type="checkbox"/> วัณโรค      | <input type="checkbox"/> เบาหวาน                |
| <input type="checkbox"/> หัวใจ       | <input type="checkbox"/> มะเร็ง                 |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... |   |

๘. โรคประจำตัว นักเรียน

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี       | <input type="checkbox"/> มี โรคประจำตัวเหล่านี้ |
| <input type="checkbox"/> วัณโรค      | <input type="checkbox"/> เบาหวาน                |
| <input type="checkbox"/> หัวใจ       | <input type="checkbox"/> มะเร็ง                 |
| <input type="checkbox"/> 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 ..... |                                  |

สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำ คือ

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

วันที่บันทึก.....



เขียนที่ โรงเรียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งการส่งตัวเด็กเข้าเรียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทร.....

ขอแจ้งการส่งตัวเด็กเข้าเรียนดังรายชื่อต่อไปนี้

1. เด็กชาย / เด็กหญิง.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขประจำตัวประชาชน    

บุตร นาย.....นาง.....

จะเข้าเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1 ในโรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

2. เด็กชาย / เด็กหญิง.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขประจำตัวประชาชน    

บุตร นาย.....นาง.....

จะเข้าเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1 ในโรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(.....)

ผู้แจ้ง

ใบรับแจ้งการส่งตัวเด็กเข้าเรียน

เขียนที่ โรงเรียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ได้รับแจ้งจาก

(นาย / นาง / นางสาว).....ซึ่งเป็น บิดา / มารดา / ผู้ปกครอง

เด็กชาย / เด็กหญิง.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขประจำตัวประชาชน

ที่มีรายชื่อดังกล่าวข้างต้น เข้าเรียนที่โรงเรียน..... ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด.....

ยื่นหลักฐานการเข้าเรียนดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ปกครอง จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านนักเรียน จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาสูติบัตรนักเรียน จำนวน 1 ฉบับ

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง