



ติดรูปถ่าย

## ใบสมัครเข้าเรียน ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม

เขียนที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### ข้อมูลเด็ก

๑. เด็กชื่อ - นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

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

โรคประจำตัว.....

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

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

๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ถนน..... หมู่ที่.....บ้าน.....

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

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

บิดาชื่อ-นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....

มารดาชื่อ-นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....

มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน ผู้สมัครเรียนเป็นบุตรลำดับที่.....

### ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะเด็ก

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ / รับผิดชอบของ

๑.๑  บิดา  มารดา  ทั้งบิดา - มารดาาร่วมกัน

๑.๒  ญาติ ( โปรดระบุความเกี่ยวข้อง ).....

๑.๓  อื่นๆ ( โปรดระบุ ).....

๒. ผู้ดูแลอุปการะเด็กตามข้อ ๑.

๒.๑ ชื่อ.....อาชีพ.....

๒.๒ มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท

๒.๓ ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

๓. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก ( นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

### คำรับรอง

๑.ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของ องค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงามเข้าใจแล้วเด็กที่นำมาสมัครมี คุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง

๒.ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาระดับอนุบาลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม

๓.ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดขององค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมที่ศูนย์พัฒนาเด็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



## ใบมอบตัว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม  
องค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี อาชีพ.....  
รายได้.....บาท / เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็น  
ผู้ปกครองของเด็กชาย / เด็กหญิง .....เข้ารับการศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
องค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหาร  
ส่วนตำบลท่านางงามดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบ / ข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงามอย่างเคร่งครัด

๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงามในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหา  
ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด คือ.....

โทรศัพท์.....อนึ่งถ้าเด็กชาย / เด็กหญิง.....เจ็บป่วย  
จำเป็นต้องรีบส่งสถานพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อน  
และคอยแจ้งให้ข้าพเจ้ารับทราบในภายหลัง โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

### ผู้รับส่งเด็ก

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....โดยเกี่ยวข้องกับ.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



## ทะเบียนประวัติเด็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม

องค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

เลขประจำตัว

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน

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

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

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

โทรศัพท์ ๑).....๒).....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก  สมบูรณ์  ไม่สมบูรณ์ คือ

.....

กรุ๊ปเลือด  เอ  บี  เอบี  โอ

บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อนามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันของเด็ก เลขที่.....ถนน/ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

มีพี่น้องทั้งหมด.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน เด็กเป็นบุตรคนที่.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร รอบศีรษะ.....เซนติเมตร

เด็กมีโรคประจำตัว.....

เมื่อมีอาการควรแก้ไขอย่างไร.....

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

นิสัยในการรับประทานอาหาร.....

การดื่มนม.....ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย.....

การได้รับภูมิคุ้มกัน.....

เด็กเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน  เคย  ไม่เคย

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็ก.....

เด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....

ข้อมูลอื่นๆที่ควรแจ้งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงามได้รับทราบ

.....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



## บันทึกประวัติสุขภาพ

ของ.....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  ลมบ้าหมู
- หัวใจ  มะเร็ง
- เคยป่วยเป็น.....

๘. โรคประจำตัวเด็ก  ไม่มี  มี โรคประจำตัวเหล่านี้
- วัณโรค  เบาหวาน  ลมบ้าหมู
- หัวใจ  มะเร็ง
- เคยป่วยเป็น.....

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

สถานพยาบาลที่มีประวัติประวัติการรักษาพยาบาลของเด็กหรือเด็กเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นประจำ  
คือ.....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

วันที่บันทึก.....



## แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลท่านางงาม อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก  
ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ชื่อเด็ก.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วันเกิด...../...../.....  
ชื่อผู้ปกครอง.....เกี่ยวข้องกับ.....  
ตำแหน่งงาน.....อายุ.....  
ที่ทำงาน.....มีถือ.....  
ที่อยู่.....

### ๑.แนวความคิดทางการศึกษา

.....  
.....

### ๒.แนวคิดในการเลี้ยงลูกและความคาดหวังต่อลูก

.....  
.....

### ๓.เมื่อลูกไม่ปฏิบัติตามความคาดหวัง คุณพ่อคุณแม่ทำอย่างไร

.....  
.....

### ๔.เหตุผลที่สนใจศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

.....  
.....

### ๕.ความคาดหวังที่มีต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

.....  
.....

### ๖.คิดว่าลูกมีความต้องการพิเศษ ที่แตกต่างกับเด็กคนอื่นๆหรือไม่

.....  
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่บันทึก.....

## รายชื่อบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับเด็ก

**\*ไม่ต้องกรอกชื่อผู้สมัครเรียน ให้กรอกชื่อของบุคคลที่อาศัยร่วมบ้านหลังเดียวกับเด็ก เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง**

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
วันเดือนปีเกิด..... อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน  
เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
มีความพิการหรือไม่  มี  ไม่มี

๒. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
วันเดือนปีเกิด..... อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน  
เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
มีความพิการหรือไม่  มี  ไม่มี

๓. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
วันเดือนปีเกิด..... อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน  
เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
มีความพิการหรือไม่  มี  ไม่มี

๔. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
วันเดือนปีเกิด..... อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน  
เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
มีความพิการหรือไม่  มี  ไม่มี

๕. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
วันเดือนปีเกิด..... อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน  
เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
มีความพิการหรือไม่  มี  ไม่มี

๖. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
วันเดือนปีเกิด..... อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน  
เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
มีความพิการหรือไม่  มี  ไม่มี



# แผนที่บ้านเด็ก



ลงชื่อ .....ครูผู้เยี่ยมบ้านเด็ก

ลงชื่อ .....ครูผู้เยี่ยมบ้านเด็ก

