



T.C.
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI
ÖZEL ÖĞRETİM KURUMLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
(ÖZEL OKULLAR)
ÖĞRENCİ KAYIT FORMU



ÖZEL CANIM YAVRURUM ANAOKULU

ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı	:
T.C. Kimlik No.	:
Doğum Yeri ve Yılı	:
Cinsiyeti	:
Ev Adresi	:
Okula Kayıt veya nakil tarihi	:

ÖĞRENCİNİN ANNE BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı	:
T.C. Kimlik No.	:
Doğum Yeri -Tarihi	:
Öğrenim durumu	:
Mesleği	:
E-mail adresi	:
Çalışma Saatleri	:
İş Adresi & Tel	:
Ev Adresi &Tel	:
Cep Tel	:

ÖĞRENCİNİN BABA BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı	:
T.C. Kimlik No.	:
Doğum Tarihi	:
Öğrenim durumu	:
Mesleği	:
E-mail adresi	:
Çalışma Saatleri	:
İş Adresi & Tel	:
Ev Adresi &Tel	:
Cep Tel	:

ÖĞRENCİNİN VASİ BİLGİLERİ (VARSA)

Adı ve Soyadı	:
T.C. Kimlik No.	:
Doğum Tarihi	:
Öğrenim durumu,	:
Mesleği	:
E-mail adresi	:
İş Adresi & Tel	:
Ev Adresi &Tel	:
Cep Tel	:

EVDE OTURAN DİĞER KİŞİLER

Adı ve Soyadı	Yaşı	Yakınlık Derecesi
1-		
2-		
3-		
4-		

Anne - Baba Ayrı ise Ayrı Oturanın:

Adresi	:	
Telefonu	:	
Boşanmış	:Süredir Ayrı Yaşıyor

Veli Anne Baba dışında birisi ise

Adı ve Soyadı	:	
T.C. Kimlik No.	:	
Doğum Tarihi	:	
Öğrenim durumu	:	
Mesleği	:	
E-mail adresi	:	
Çalışma Saatleri	:	
İş Adresi & Tel	:	
Ev Adresi & Tel	:	
Cep Tel	:	

BİLGİLENDİRME MAİLİ

İstiyorum	:	<input type="checkbox"/>	İstemiyorum	<input type="checkbox"/>
Mail Adresi	:			
BİLGİ SMS				
İstiyorum	:	<input type="checkbox"/>	İstemiyorum	<input type="checkbox"/>
GSM No	:			

Öğrenciyi Okulda Ziyaret Edebilecek ve Teslim Alabilecek Kişiler,

Adı –Soyadı	Yakınlığı
1	
2	
3	

ÇOCUĞUN SAĞLIK DURUMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	:
Kan Grubu	:
Doğum Tipi	:
Doğum Ağırlığı-Boyu	:
Doğum Sonrası Beslenme	:
Diş Çıkarma Yaşı	:
Yürüme Yaşı	:
Tuvalet Alışkanlığı Kazanma Yaşı	:
Konuşma Yaşı	:
Aşılarının Yapıldığı Kurum	:
Sürekli Kullandığı İlaç var mı? Varsa Nedir?:	
Herhangi Bir sağlık sorunu Var mı? Varsa Nedir?:	
Ameliyat Geçirdi mi? Geçirdi ise Nedir?:	
Alerjisi Var mı? Varsa Nedir? :	
Kaza Geçirdi mi? Geçirdi ise Nedir?:	
Aile Bireyleri Arasında Madde-Sigara Bağımlısı Var mı? Varsa Kim?	
Sürekli Gittiği Bir Doktor Var mı? :	
Doktorun Adı-Soyadı	:
Tel	:
Sağlık Durumu İle İlgili Eklemek İstedikleriniz:	

ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

ÖZGEÇMİŞİ

Kaçıncı Çocuğunuz	:	
Yemek Yeme Alışkanlığı		
a-Ara sıra yardıma ihtiyaç duyuyor	:	
b-Yardımsız yiyemiyor	:	
c-Kendi kendine yiyebiliyor	:	

Emzik Alışkanlığı		
a-Tamamen bıraktı	b-Uyurken emer	c-Devamlı emer

Çocuğın Daha Önceden Nerede ve Kimler Tarafından Bakıldığı			
	Evde	Başka Evde	Başka Şekilde
Anne- Baba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer Yakınlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakıcı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okul Öncesi Eğitim Kurumları	:		
Okula gitti ise ayrılış sebebiniz nedir?	:		
Öğrencinin Okula Kabul Tarihi	:		

ACİL DURUMLARDA BAŞVURULACAK

<i>YAKINININ 1</i>	
Adı ve Soyadı:	: Yakınlık Derecesi:
Ev Adresi	:
Ev Tel	: GSM:
İş Tel	:
<i>YAKINININ 2</i>	
Adı ve Soyadı	: Yakınlık Derecesi:
Ev Adresi	:
Ev Tel	: GSM:
İş Tel	:

Not: “Başvuru formu” müracaat eden veli tarafından doldurulacaktır ve öğrencinin okula alınmasında buradaki bilgiler esas alınacaktır.

Okul Müdürü

Başvuranın

Adı-Soyadı :

Tarih ve İmza :