



ใบสมัคร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลจักราช

อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

เขียนที่

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้อมูลเด็ก

1. เด็กชื่อ/สกุลชื่อเล่น..... เชื้อชาติ สัญชาติ.....
2. เกิดวันที่เดือน พ.ศ. อายุ ปีเดือน
(นับตั้งแต่วันที่.....- 16พ.ค.2565.....) โรคประจำตัว.....
3. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่หมู่.....บ้าน..... ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด
4. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่หมู่..... บ้าน.....ถนน.....ตำบล
อำเภอ.....จังหวัด โทร.....
- บิดาชื่ออาชีพ
- มารดาชื่ออาชีพ
- มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน (ตัวเด็ก) จำนวน คน เป็นบุตรลำดับที่

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้อุปการะ

1. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ
1.1 บิดา มารดาทั้งบิดา - มารดาาร่วมกัน
1.2 ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง)
1.3 อื่น ๆ (โปรดระบุ)
2. อาชีพบิดามารดา หรือผู้อุปการะ
3. ผู้ดูแลอุปการะเด็กตามข้อ 1. มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน
4. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อเกี่ยวข้องเป็นของเด็ก
5. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล
โดยเกี่ยวข้องเป็น เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

คำรับรอง

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของ อบต.เข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
2. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อบต.จักราช
3. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของอบต.จักราชและยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร

(.....)

วันที่เดือน..... พ.ศ.....



ใบมอบตัว
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลจักราช
อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)อายุปี
อาชีพรายได้บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่หมู่.....
บ้าน.....ถนน/ตรอก/ซอยตำบลอำเภอ
จังหวัดโทรศัพท์เป็นผู้ปกครอง
ของ เด็กชาย/เด็กหญิงเข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.จักราช ดังนี้

1. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.จักราช อย่างเคร่งครัด
2. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.จักราช ในการจัดการการเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวก รวดเร็วที่สุด
โทรศัพท์อนึ่ง ถ้าเด็กชาย / เด็กหญิง
เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยข้าพเจ้ารับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น



รับ-ส่ง โดยผู้ปกครอง

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

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

วันที่เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร

1. ตัวเด็ก
2. สำเนาสูติบัตร จำนวน 2 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ,สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา- มารดา จำนวน คนละ 1 ฉบับ
5. สำเนาเอกสารการฉีดวัคซีน จำนวน 1 ฉบับ
6. รูปถ่ายขนาด 1.5 นิ้ว จำนวน 6 ใบ (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
7. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.จักราช ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว



ทะเบียนเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลจักราช

อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อ - นามสกุล ชื่อเล่น

เลขประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปี เกิด ศาสนา โรคประจำตัว..... กลุ่มเลือด

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

สุขภาพโดยรวมของเด็กเล็ก ☐ สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์ คือ

น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. เส้นรอบศรีษะ.....ซ.ม.

กลุ่มเลือด () เอ () บี () เอบี () โอ

นักเรียนมีโรคประจำตัว คือ เมื่อมีอาการควรแก้ไข

เด็กเล็กมีประวัติการแพ้ยา คือ

เด็กเล็กควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง

ชื่อ - นามสกุล บิดาอายุ ปี อาชีพ

สถานที่ทำงานโทรศัพท์

ชื่อ - นามสกุล มารดาอายุ ปี อาชีพ

สถานที่ทำงานโทรศัพท์

เป็นบุตรคนที่จำนวนพี่น้องร่วมสายโลหิต คน พี่ชาย คน น้องชาย

พี่สาว คน น้องสาว คน

สถานภาพสมรสของบิดามารดา ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่ ☐ เลิกร้างกัน

☐ บิดา หรือ มารดาแต่งงานใหม่ ☐ อื่น ๆ

ชื่อ - นามสกุลผู้ปกครอง อายุ..... ปี

เกี่ยวข้องเป็น ของนักเรียน อาชีพ ที่อยู่.....

โทรศัพท์



บันทึกประวัติสุขภาพ

1. ประวัติการคลอด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ คือ
2. สายตา ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ คือ
3. การเริ่มพูด ☐ ปกติ (ภายใน 1 ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง 1 ขวบครึ่ง)
4. การเริ่มเดิน ☐ ปกติ (ภายใน 1 ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง 1 ขวบครึ่ง)
5. การผื่นแพ้ ☐ มี
ไม่รุนแรง คือ
รุนแรง คือ
☐ ไม่มี
6. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือ
7. โรคประจำตัว บิดา / มารดา ☐ ไม่มี ☐ มี โรคประจำตัวเหล่านี้
☐ วัณโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู ☐ หัวใจ
☐ มะเร็ง ☐ เคยป่วย เป็น
8. โรคประจำตัว นักเรียน ☐ ไม่มี ☐ มี โรคประจำตัวเหล่านี้
☐ วัณโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู ☐ หัวใจ
☐ มะเร็ง ☐ เคยป่วย เป็น
9. การได้รับภูมิคุ้มกัน
☐ คอตีบ ☐ หัดเยอรมัน ☐ ไอกรน ☐ บาดทะยัก
☐ โปริโอ ☐ ตับอักเสบบ ☐ ปีชีจี ☐ อื่นๆคือ

* สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำ คือ

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล
เกี่ยวข้องกับ
วันบันทึก