|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | |  | **T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Çocuk Gündüz Bakım Evi**  **2023-2024 Eğitim-Öğretim Yılı Başvuru Formu** |
|  |  |
|  |  |
| C:\Users\Muhasebe\Desktop\ARMA LOGO TUÌˆRKCÌ§E.png |  |
|  |  |
|  |  |

**ÇOCUĞUN :**

**Adı-Soyadı :**

**T.C. Kimlik No :**

**Doğum Yeri ve Tarihi :**

**Cinsiyeti :**

**Okula Başvuru Tarihi :**

**Ev Adresi ve Telefonu :**

**Kan Grubu :**

**Sağlık Kontrollerini Yapan Hastane**

**veya Doktorun Adı :**

**Nüfusa Kayıtlı olduğu Yer :**

**En Son İkametgâh Adresi :**

**ANNE :**

**Adı-Soyadı :**

**Doğum Tarihi :**

**En Son Mezun Olduğu Okul :**

**Mesleği ve Açık İş Adresi :**

**Çalışma Saatleri :**

**Ev Adresi ve Telefonu :**

**Cep telefonu:**

**Sağ-Ölü :**

**Öz-Üvey :**

**BABA :**

**Adı-Soyadı :**

**Doğum Tarihi :**

**En Son Mezun Olduğu Okul :**

**Mesleği ve Açık İş Adresi :**

**Çalışma Saatleri :**

**Ev Adresi ve Telefonu :**

**Cep telefonu :**

**Sağ-Ölü :**

**Öz-Üvey :**

**(EK-1/b)**

**Anne-Baba ayrı ise çocuk kiminle yaşıyor?**

**Anne Baba Anneanne Babaanne Diğer**

**KARDEŞLER**

**ADI DOĞUM TARİHİ ÖZ-ÜVEY EĞİTİM DURUMU**

**1-**

**2-**

**3-**

**4-**

**AİLEDE BİRLİKTE YAŞAYAN DİĞER KİŞİLER**

**ADI YAKINLIK DERECESİ YAŞ EĞİTİM DURUMU**

**1-**

**2-**

**3-**

**ÇOCUKLA İLGİLİ DİĞER BİLGİLER**

**1- Çocuk kuruma gelmeden önce çocukla ilgilenen kişi ya da okul öncesi eğitim kurumları (Doğumdan itibaren)**

**2- Çocuğun sağlık durumu**

**3- Çocuğun daha önce geçirdiği önemli hastalıklar**

**(Daha önce hastane de yatmış mı?)**

**4- Sürekli kullanmak zorunda olduğu ilâç veya uyguladığı diyet var mı?**

**5-  Alerjik durumu var mı? Varsa belirtiniz:**

**Besin :**

**İlâç :**

**Diğer :**

**İletişim: 0544 732 12 90 (Cep)**

**Okul Telefonu :0284 214 55 10 /2030-2031**

**Müracaat Eden**

**Veli veya Vasi**

**Adı-Soyadı-İmzası**