



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi Çocuk Gündüz Bakım Evi  
Trakya Üniversitesi Rektörlüğüne

Değerli Çalışanlarımız;

Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi Çocuk Gündüz Bakımevi kayıtlarınız;  
02 Mayıs 2024 Perşembe günü başlayıp, 17 Mayıs 2024 Cuma günü mesai bitiminde sona  
erecektir.

Buna göre;

Millî Eğitim Bakanlığı Okul Öncesi Eğitim ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliği'ne  
göre 30 Eylül 2024 itibarıyla 36 ayını doldurmuş, tuvalet eğitimi almış çocuk başvuruları  
kabul edilecektir.

Ekte bulunan başvuru formunun doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurarak kreş  
yönetimine teslim edilmesi gerekmektedir.

Başvurular ön kayıt niteliğindedir. Başvuru Şartları:

1. Anne ve babanın Trakya Üniversitesi Rektörlüğüne ve Hastanesine bağlı sağlık  
kuruluşunda görevli olması,
2. Kayıt sıralaması, başvuru tarih ve doğum tarihi önceliğine göre belirlenecektir.

Okul İrtibat Telefon Numaraları:

0284 214 55 10 / 2030 2288

Cep Telefonu: 0544 732 12 90

Edirne Sultan I. Murat  
Devlet Hastanesi Çocuk  
Gündüz Bakım Evi  
Okul Müdürü  
Fayma ÖZER



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Çocuk Gündüz Bakım Evi  
2024-2025 Eğitim-Öğretim Yılı Başvuru Formu

**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 DERECE \_\_\_\_\_ YAS 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 ilaç veya uyguladığı diyet var mı?

5- Alerjik durumu var mı? Varsa belirtiniz:

Besin :  
İlaç :  
Diğer :

İletişim: 0544 732 12 90 (Cep)

Okul Telefonu :0284 214 55 10 /2030-2288

Müracaat Eden  
Veli veya Vasi  
Adı-Soyadı-İmzası