# OKUL ÖNCESİ EĞİTİM KURUMLARINA BAŞVURU FORMU

**ÇOCUĞUN**

**Adı-Soyadı :**

**Doğum yeri ve Tarihi :**

**Cinsiyeti** :

**Okula Başlama Tarihi :**

**Ev Adresi ve Telefonu :**

**Kan Gurubu :**

**Sağlık Kontrollerini Yapan Hastane**

|  |  |
| --- | --- |
| **Veya Doktorun Adı**  |  **:**  |
| **Nüfusa kayıtlı Olduğu Yer**  |  **:**  |
| **En Son İkamet Adresi**  |  **:**  |
| **ANNE**  |  |
| **Adı-Soyadı**  |  **:**  |
| **Doğum Tarihi**  |  **:**  |
| **En Son Mezun Olduğu Okul**  |  **:**  |
| **Mesleği ve Açık İş Adresi**  |  **:**  |
| **Aylık Geliri**  |  **:**  |
| **Çalışma Saatleri**  |  **:**  |

**Ev Adresi ve TELEFONU :**

**Sağ ( ) Ölü ( )**

**Öz ( ) Üvey ( )**

|  |  |
| --- | --- |
| **BABA**  |  |
| **Adı-Soyadı**  |  **:**  |
| **Doğum Tarihi**  |  **:**  |
| **En Son Mezun Olduğu Okul**  |  **:**  |
| **Mesleği ve Açık İş Adresi**  |  **:**  |
| **Aylık Geliri**  |  **:**  |
| **Çalışma Saatleri**  |  **:**  |
| **Ev Adresi ve TELEFONU** **Sağ ( ) Ölü ( )** **Öz ( ) Üvey ( )**  |  **:**  |

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

**Anne Baba Anneanne Babaanne Diğer**

**KARDEŞLER**

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

**1.**

**2.**

**3.**

**AİLEDE BİRLİKTE YAŞAYAN DİĞER KİŞİLER**

**ADI YAKINLIK DERECESİ YAŞI EĞİTİM DURUMU**

**1.**

**2.**

**ÇOCUKLA İLGİLİ DİĞER BİLGİLER**

1. **Çocuk okula 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 hastanede yatmış mı?:**
4. **Sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaç veya uyguladığı diyet var mı?:**
5. **Alerjik durumu var mı?. Varsa belirtiniz:**

 **Besin :**

 **İlaç :**

 **Diğer : …./…/2025**

 **Veli Adı-Soyadı/İmza**

 **ACİL DURUMLARDA BAŞVURU FORMU EK-1**

# ÇOCUĞUN

**Adı :………………………………**

**Soyadı:……………………………**

# ACİL DURUMLARDA BAŞVURULACAK ADRES VE TELEFONLAR

|  |  |
| --- | --- |
| **ÇOCUĞUN ANNESİ**  | **AÇIKLAMALAR**  |
| **Adı Soyadı :……………………………………………….**  |  |  |
| **Fotoğraf**  | **FOTOĞRAF**  |
| **Ev Adresi :……………………………………………….**  |
| **Ev Telefonu :……………………………………………….**  |
| **İş Adresi :……………………………………………….**  |
| **İş Telefonu :……………………………………………….**  |  |
| **ÇOCUĞUN BABASI**  | **AÇIKLAMALAR**  |
| **Adı Soyadı :……………………………………………….**  |  |  |
| **Fotoğraf**  | **FOTOĞRAF**  |
| **Ev Adresi :………………………………………………**  |
| **Ev Telefonu :………………………………………………**  |
| **İş Adresi :……………………………………………….**  |
| **İş Telefonu :……………………………………………….**  |  |
| **ANNE-BABA DIŞINDA ARANILACAK ÜÇÜNCÜ ŞAHIS**  | **AÇIKLAMALAR**  |
| **Adı Soyadı :………………………………………………..**  |  |  |
| **Fotoğraf**  | **FOTOĞRAF**  |
| **Yakınlık Derecesi :………………………………………….**  |
| **Ev Adresi :……………………………………………….**  |
| **Ev Telefonu :……………………………………………….**  |
| **İş Adresi :……………………………………………….**  |
| **İş Telefonu :……………………………………………….**  |  |
| **ÇOCUĞUN OKULA GELİŞ VE DÖNÜŞ DURUMU**  | **AÇIKLAMALAR**  |
| **Aile:………………………………………………………….**  |  |  |
| **Servis:………………………………………………………..**  | **FOTOĞRAF**  |
| **Diğer:…………………………………………………………………**  |

**…../…../2025**

**Velinin Ad-Soyad/İmza**

 **EK-3**

|  |
| --- |
| **AKÇAALAN ANAOKULU ADAY KAYIT FORMU**  |
| **ÇOCUĞUN**  | **ÖZEL EĞİTİM GEREKSİNİMİ** |
| TC. Kimlik No : …………………………  | -Davranış Bozukluğu |
| Adı-Soyadı : …………………………..  | -Dil ve Konuşma |
| Cinsiyeti : ………………………….  | -Görme ve Az Gören |
| (\*) Velisi Kim ? : …………………………..  | -Görme ve Görmeyen |
| Anne Baba Birlikte mi ?: …………………………..  | - İşitme Özürlü |
| Kiminle Oturuyor? : …………………………..  | -Ortopedik - Alt Beden Kullanamıyor |
| Oturduğu ev kira mı? : …………………………..  | -Ortopedik-Alt ve Üst Beden Kullanamıyor |
| Kendi Odası Var mı ? : …………………………..  | -Ortopedik-Üst Beden Kullanamıyor |
| Ev ne ile ısınıyor? : ………………………….. | -Otizm |
| Okula nasıl geliyor? : …………………………..  | --Ruhsal ve Duygusal-Hiperaktivite |
| Aile dışında kalan var mı ?: …………………………. | --Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme Gülcüğü |
| Geçirdiği kaza : ………………………….. | - Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme Güçlüğü ve Hiperaktivite |
| Geçirdiği Ameliyat : …………………………..  | --Serebral Palsi |
| Kullandığı Cihaz Protez: …………………………..  | -Süreğen Hastalığı Var |
| Geçirdiği Hastalık : …………………………..  | -Üstün Yetenek |
| Sürekli Kullandığı İlaç : …………………………..  | -Zihinsel |
| Kardeş Sayısı : …………………  |  |
| Kilo : ………………………….. |  |
| Boy : ………………………….. |  |
| **Aile Gelir Durumu** Çok İyi( ...) İyi(...) Orta(...) Düşük(…) Çok Kötü(…) |
|  **ANNE**  Sağ (...) Ölü(…)  |   **BABA**   B Şehit Çocuğu (…) Sağ(...) Ölü(...) 2828 SHÇEK Kanununa Tab (...) Gazi Malül Çocuğu (…) Yurdışından Geldi(…)  |
| T.C. Kimlik No :  |  |
| Adı Soyadı :  |  |
| Öğrenim Durumu : |  |
| Mesleği :  |  |
| E -Posta Adresi :  |  |
| Sürekli Hastalığı :  |  |
| Engel Durumu :  |  |
| Tel(Ev) : |  |
| Tel(Cep) : ………………………… Tel(İş) : ………………………..  |  |
|   *……../……./2025*  Velisinin İmzasıAdı Soyadı |
| **(\*) Veli anne-baba dışında birisi ise T.C. numarası ile birlikte adı- soyadı ve yakınlık derecesi yazılır.**  |