# 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 İmzası  Adı Soyadı | |
| **(\*) Veli anne-baba dışında birisi ise T.C. numarası ile birlikte adı- soyadı ve yakınlık derecesi yazılır.** | |