

## ทะเบียนเด็กเล็ก

### ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง อำเภอขารุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

เด็กชาย/เด็กหญิง..... นามสกุล..... ชื่อเล่น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ----

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....

จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

โรคประจำตัว.....กลุ่มเลือด.....

บิดาชื่อ..... นามสกุล..... อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน/ตรอก/ซอย.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก  สมบูรณ์  ไม่สมบูรณ์ คือ.....

กลุ่มเลือด  เอ  บี  เอบี  โอ

นักเรียนมีโรคประจำตัว คือ.....เมื่อมีอาการควรแก้ไข.....

เด็กเล็กมีประวัติแพ้ยา คือ.....

เด็กเล็กควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษเรื่อง.....

ชื่อ - นามสกุล บิดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อ - นามสกุล มารดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

เป็นบุตรคนที่.....จำนวนพี่น้องร่วมสายโลหิต.....คน

พี่ชาย.....คน น้องชาย.....คน พี่สาว.....คน น้องสาว.....คน

สถานภาพสมรสของบิดามารดา  อยู่ด้วยกัน  แยกกันอยู่  เลิกร้างกัน

บิดาหรือมารดาแต่งงานใหม่  อื่นๆ

ชื่อ - นามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของนักเรียน

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

## บันทึกประวัติสุขภาพ

๑. ประวัติการคลอด  ปกติ  ไม่ปกติ คือ.....
๒. สายตา  ปกติ  ไม่ปกติ คือ.....
๓. การเริ่มพูด  ปกติ (ภายในขวบครึ่ง)  ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)
๔. การเริ่มเดิน  ปกติ (ภายในขวบครึ่ง)  ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)
๕. การผ่าตัด  ไม่มี  
 ไม่รุนแรง คือ.....  
 รุนแรง คือ.....

๖. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือ.....เมื่อ.....

๗. โรคประจำตัว บิดา/มารดา  ไม่มี  มีโรคประจำตัวเหล่านี้  
 วัณโรค  เบาหวาน  ลมบ้าหมู  
 หัวใจ  มะเร็ง  เคยป่วย เป็น.....

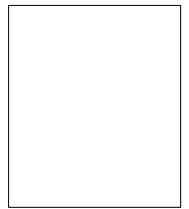
๘. โรคประจำตัวนักเรียน  ไม่มี  มีโรคประจำตัวเหล่านี้  
 วัณโรค  เบาหวาน  ลมบ้าหมู  
 หัวใจ  มะเร็ง  เคยป่วย เป็น.....

๙. การได้รับภูมิคุ้มกัน  คอตีบ  หัดเยอรมัน  
 ไอกรน  บาดทะยัก  
 โปлио  ตั๊กแตน  
 บีซีจี  อื่นๆ คือ.....

\*สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำ  
คือ.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล  
เกี่ยวข้องกับ.....  
วันบันทึก.....

**ใบสมัคร**  
**ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง**



เขียนที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

**ข้อมูลเด็ก**

1. เด็กชื่อ-นามสกุล.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....  
(นับตั้งแต่วันที่ 16 พฤษภาคม 2560) โรคประจำตัว.....กรุปเลือด.....
3. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... ถนน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
4. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด..... โทร.....  
บิดาชื่อ..... อาชีพ.....  
มารดาชื่อ..... อาชีพ.....

**ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ**

1. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ  
 บิดา  มารดา  ทั้งบิดา - มารดาร่วมกัน  
 ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
2. อาชีพบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ..... มีรายได้ต่อเดือน.....บาท
3. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
4. ผู้ที่รับส่งเด็ก(นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....  
โดยเกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

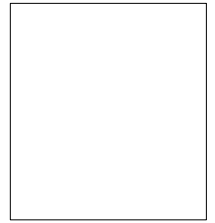
**คำรับรอง**

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของอบต. เข้าใจแล้วเด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วน  
ถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
2. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหาร  
ส่วนตำบลยางสูง
3. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของ องค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง และยินดีปฏิบัติตาม  
คำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....  
(.....)  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

## ใบมอบตัว

### ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร



ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ .....ปี  
อาชีพ..... รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....  
ถนน/ตรอก/ซอย..... ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์..... เป็นผู้ปกครองของ  
เด็กชาย/เด็กหญิง..... เข้าเป็นนักเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
องค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหาร  
ส่วนตำบลยางสูง ดังนี้

1. จะปฏิบัติตามระเบียบการข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลยางสูงอย่าง  
เคร่งครัด
2. จะไม่ก้าวก่ายการปฏิบัติงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง และครูผู้ดูแล  
เด็กในการอบรมเลี้ยงดู
3. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลยางสูง ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

และขอจัดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด บ้าน  
เลขที่..... โทรศัพท์.....

อนึ่ง ถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง.....เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาลหรือพบ  
แพทย์ทันที ข้าพเจ้านุญาตให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบได้โดยข้าพเจ้าขอ  
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทุกประการ

#### ผู้รับส่งเด็ก

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... โดยเกี่ยวข้องกับ.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....

#### หมายเหตุ หลักฐานที่ต้องนำมาในวันสมัคร

- 1.ตัวเด็ก
- 2.สำเนาสูติบัตร
- 3.สำเนาทะเบียนบ้าน
- 4.รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 ใบ (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- 5.ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว
- 6.สมุดบันทึกสุขภาพ

