ÖĞRENCİ TANIMA FORMU

 Öğrencinin

 Fotoğrafı

Öğrencinin

Adı-Soyadı:………………………………………………………………………………………..

Doğum Tarihi:……………………………………………………………………………………

Doğum Yeri:………………………………………………………………………………………

Nüfusa kayıtlı olduğu İl/ilçe:…………………………………………………………….

Kan Grubu:………………………………………………………………………………………..

Veli Bilgileri

Anne Adı:………………………………………………………. Anne sağ ölü öz üvey

Baba adı:………………………………………………………. Baba sağ ölü öz üvey

Anne-baba beraber mi ayrı mı?....................................

Anne Eğitim düzeyi:………………………………………..

Baba Eğitim düzeyi:…………………………………………

Anne Meslek:………………………………………………….

Baba Meslek:………………………………………………….

Adres-Telefon Bilgileri

Ev Adresi:………………………………………………………………………………………………………………………………

Ev Telefonu:…………………………………………………….

Anne Cep Telefonu:…………………………………………

Baba Cep Telefonu:…………………………………………

Öğrenciye ait diğer bilgiler

Daha önce geçirdiği rahatsızlık/ameliyat var mı?: ………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Devam eden bir rahatsızlığı var mı?..................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Kullandığı cihaz/protez var mı?...............................................................................

Kaç kardeşi var(Kendisi hariç):……………………

Kardeşler arasında kaçıncı sırada:……………

Ana sınıfına gitti mi?.................................

Okula nasıl geliyor?..................................

Çocuğun çalışma odası var mı?.................

Aileye ait diğer bilgiler

Anne okuma-yazma biliyor mu?...............................

Baba okuma-yazma biliyor mu?................................

Ailenin Aylık geliri:……………………………………………………

Oturduğunuz ev size mi ait kira mı?...........................

Ev ne ile ısınıyor?.......................................................

Evde oda sayısı:………………………………………………………

Evde anne-baba-çocuklar dışında kalan var mı?.......................................................................................

Anne –baba ve diğer çocukların sürekli rahatsızlığı var mı?. ................................................................... ......................... ........................................................................................................................................