



ÖĞRENCİ TANIMA FORMU



Sayın Veliler;

Okulumuzdaki öğrencilere daha iyi eğitim ortamı sunmak için hakkında bazı bilgileri öğrenmek istiyoruz. Bu nedenle aşağıdaki soruları cevaplandırmanız gerekmektedir. Öğrenci hakkında yazılan bilgiler başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Formu mavi tükenmez veya pilot kalemle doldurmanız rica olunur.

A. ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı		Sınıfı		Numarası	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi/...../20.....		
Kiminle Yaşıyor?	() Anne-Baba	() Dede-Nine	() Amca, Dayı, Teyze, Hala vs	() Diğer.....	
Oturduğu Ev Kira Mı?	() Kira	() Kendilerinin	() Lojman	() Diğer.....	
Ev Ne İle Isınıyor?	() Soba	() Kalorifer	() Elektrikli Isıtıcı	() Diğer.....	
Evde Kendi Odası Var Mı?	() Var		() Yok		
Okula Nasıl Geliyor?	() Yürüyerek	() Servisle	() Toplu Taşıma	() Ailesiyle	
Ev Adresi					

Sürekli Hastalığı Var Mı?	() YOK	() Epilepsi / Sara	() Astım	() Böbrek Yetmezliği	() Felç
	() Hepatit	() Kalp	() Kanser	() Romatizma	() Guatr
	() Siroz	() Diyabet	() Tansiyon	() Verem	() Diğer.....
Sürekli Kullandığı İlaç veya Tıbbi Cihaz Var Mı?	Daha Önce Ameliyat Oldu Mu?		Boy	Kilosu	
() Var Yazınız:.....	() Yok	() Evet Yazınız:.....	() Hayır	cm	kg
Görme İle İlgili Problem Yaşıyor Mu?	() Evet		() Hayır		

Psikiyatri veya Terapi Geçmişi Var Mı?	() Var Konusunu Yazınız:.....	() Yok
Hala Etkisi Altında Olduğu Bir Olay/Travma Var Mı?	() Var Yazınız:.....	() Yok

Öğrencinin Mezun Olduğu Ortaokul Ortaokul		
Bir Önceki Yıl Başarı Durumu	() Takdir Belgesi	() Teşekkür Belgesi	() Belge Alamadı
LGS Sınavından Aldığı Puan			

B. AİLE BİLGİLERİ

ANNE BİLGİLERİ

BABA BİLGİLERİ

		Adı Ve Soyadı		
<input type="checkbox"/> Öz	<input type="checkbox"/> Üvey	Öz Mü?	<input type="checkbox"/> Öz	<input type="checkbox"/> Üvey
<input type="checkbox"/> Sağ	<input type="checkbox"/> Ölü	Sağ Mı?	<input type="checkbox"/> Sağ	<input type="checkbox"/> Ölü
<input type="checkbox"/> Var Yazınız:.....	<input type="checkbox"/> Yok	Sürekli Hastalığı Var Mı?	<input type="checkbox"/> Var Yazınız:.....	<input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Var Yazınız:.....	<input type="checkbox"/> Yok	Engel Durumu Var Mı?	<input type="checkbox"/> Var Yazınız:.....	<input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Okuma-Yazma Bilmiyor	<input type="checkbox"/> Lise	Eğitim Durumu	<input type="checkbox"/> Okuma-Yazma Bilmiyor	<input type="checkbox"/> Lise
<input type="checkbox"/> Okuma-Yazma Biliyor	<input type="checkbox"/> Önlisans		<input type="checkbox"/> Okuma-Yazma Biliyor	<input type="checkbox"/> Önlisans
<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Lisans		<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Lisans
<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans/ Doktora		<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans/ Doktora
		Mesleği		
..... TL		Aylık Geliri TL	
0(5.....)		Telefon Numarası	0(5.....)	

KARDEŞ BİLGİLERİ

Öğrenci İle Birlikte Toplam Çocuk Sayısı		Okula Giden Çocuk Sayısı	
Evde Anne-Baba ve Çocuklar Dışında Yaşayan Kişi Var Mı?		Kardeşler veya Evde Yaşayan Diğer Kişilerin Sürekli Hastalıkları/Engel Durumu Var Mı?	
<input type="checkbox"/> Var Yakınlığı:.....	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var Yazınız:.....	<input type="checkbox"/> Yok

Öğrencinin Velisi Kimdir?

 Anne Baba Diğer.....Öğrenci İle İlgili Bizlere İletmek İstedığınız Özel Durumları
Aşağıya Yazınız

FORMU DOLDURANIN;

Adı Ve Soyadı

İmzası