


## CUMHURİYET İLKOKULU ÖĞRENCİ BİLGİ TOPLAMA FORMU

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI		
SINIFI VE NUMARASI		
BOYU VE KİLOSU		
KAN GURUBU		

<b>Velisi Kimdir?</b> <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Amca <input type="checkbox"/> Dayı <input type="checkbox"/> Büyükanne <input type="checkbox"/> Büyükbaba <input type="checkbox"/> Kardeş <input type="checkbox"/> Müdür <input type="checkbox"/> Diğer	<b>SMS Bilgilendirme</b> <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Anne-Veli <input type="checkbox"/> Baba-Veli <input type="checkbox"/> Anne-Baba <input type="checkbox"/> Veli <input type="checkbox"/> İstemiyor	<b>Özel Bilgileri</b> <input type="checkbox"/> Şehit Çocuğu <input type="checkbox"/> Gazi Çocuğu <input type="checkbox"/> Burslu Öğrenci <input type="checkbox"/> Taşımali Öğrenci <input type="checkbox"/> Gündüzlü <input type="checkbox"/> Yurt Dışından Geldi <input type="checkbox"/> 2828 veya 5395 Sayılı Kanuna Tabi	<b>Ailenin Gelir Durumu</b> <input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok Kötü
<b>Evi Nasıl Isınıyor?</b> <input type="checkbox"/> Sobayla <input type="checkbox"/> Kloriferle <input type="checkbox"/> Elektrikle <input type="checkbox"/> Diğer	<b>Kiminle Oturuyor?</b> <input type="checkbox"/> Ailesiyle <input type="checkbox"/> Annesiyle <input type="checkbox"/> Babasıyla <input type="checkbox"/> Velisiyle	<b>Oturduğu Ev Kira mı?</b> <input type="checkbox"/> Kendilerinin <input type="checkbox"/> Lojman <input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Diğer	<b>Okula Nasıl Geliyor?</b> <input type="checkbox"/> Ailesiyle <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Toplu Taşıma <input type="checkbox"/> Servis
<b>Sürekli Hastalığı</b> <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Siroz <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Diğer	<b>Geçirdiği Hastalık</b> <input type="checkbox"/> Geçirmedi <input type="checkbox"/> Çocuk Felci <input type="checkbox"/> Havale <input type="checkbox"/> Menenjit <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Diğer	<b>Kullandığı Cihaz / Protez</b> <input type="checkbox"/> Kullanmıyor <input type="checkbox"/> İşitsel <input type="checkbox"/> Görsel <input type="checkbox"/> Ortopedik <input type="checkbox"/> Diğer	<b>Geçirdiği Kaza</b> <input type="checkbox"/> Ev Kazası <input type="checkbox"/> Okul Kazası <input type="checkbox"/> İş Kazası <input type="checkbox"/> Trafik Kazası <input type="checkbox"/> Diğer
	<b>Geçirdiği Ameliyat</b> <input type="checkbox"/> Geçirmedi <input type="checkbox"/> Fıtık <input type="checkbox"/> Apandisit <input type="checkbox"/> Göz <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Diğer	<b>Sürekli Kullandığı İlaç</b> <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Diğer	<b>Kendi Odası Var mı?</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok  <b>Bir İşte Çalışıyor mu?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>Taşımali Öğrenci İse Taşıma Nedeni Nedir?</b> <input type="checkbox"/> Bulunduğu yerde okul yok <input type="checkbox"/> Doğal afet nedeniyle okul kullanılmaz durumda <input type="checkbox"/> Okul öğrenci azlığından kapalı durumda <input type="checkbox"/> Geldiği Okulda 4-8 sınıflar taşıma kapsamında <input type="checkbox"/> Geldiği Okulda 6-8 sınıflar taşıma kapsamında <input type="checkbox"/> Okul Binası Tadilatla <input type="checkbox"/> Diğer nedenler		<b>Öğrencinin Özel Eğitim Durumu</b> <input type="checkbox"/> Evde eğitim alıyor <input type="checkbox"/> Hastanede eğitim alıyor <input type="checkbox"/> Kaynaştırma eğitimi alıyor <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> Öğrencinin sağlık durumu okula devam etmesine engel durumdadır	

ANNE BİLGİLERİ		BABA BİLGİLERİ	
<b>Öğrenim Durumu</b> <input type="checkbox"/> İlköğretim Öğrencisi <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Yüksek Okul <input type="checkbox"/> 3 Yıllık Eğitim Enst. <input type="checkbox"/> Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/> Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/> Doktora	<b>Mesleği</b> <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Öğretmen (Devlette) <input type="checkbox"/> Adalet Bakanlığı <input type="checkbox"/> Bağkur <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> İçişleri Bakanlığı <input type="checkbox"/> Kamuda İşçi <input type="checkbox"/> Kamuda Sözleşmeli <input type="checkbox"/> MEB Personeli <input type="checkbox"/> Memur (MEB Dışı) <input type="checkbox"/> Milli Sav. Bakanlığı <input type="checkbox"/> Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<b>Öğrenim Durumu</b> <input type="checkbox"/> İlköğretim Öğrencisi <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Yüksek Okul <input type="checkbox"/> 3 Yıllık Eğitim Enst. <input type="checkbox"/> Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/> Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/> Doktora	<b>Mesleği</b> <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Öğretmen (Devlette) <input type="checkbox"/> Adalet Bakanlığı <input type="checkbox"/> Bağkur <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> İçişleri Bakanlığı <input type="checkbox"/> Kamuda İşçi <input type="checkbox"/> Kamuda Sözleşmeli <input type="checkbox"/> MEB Personeli <input type="checkbox"/> Memur (MEB Dışı) <input type="checkbox"/> Milli Sav. Bakanlığı <input type="checkbox"/> Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/> Çalışmıyor
<b>Sürekli Hastalığı</b> <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Siroz <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Diğer	<b>Engel Durumu</b> <input type="checkbox"/> Engeli Yok <input type="checkbox"/> Davranış Bozukluğu <input type="checkbox"/> Dil ve Konuşma <input type="checkbox"/> Görme - Az Görme <input type="checkbox"/> Görememe <input type="checkbox"/> İşitme Özürlü <input type="checkbox"/> Alt Beden Felç <input type="checkbox"/> Üst Beden Felç <input type="checkbox"/> Alt ve Üst Beden Felç <input type="checkbox"/> Otizm <input type="checkbox"/> Hiperaktivite <input type="checkbox"/> Öğrenme Bozukluğu <input type="checkbox"/> Serebral Palsi <input type="checkbox"/> Süreğen Hastalığı var <input type="checkbox"/> Üstün Yetenek <input type="checkbox"/> Zihinsel	<b>Sürekli Hastalığı</b> <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Siroz <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Diğer	<b>Engel Durumu</b> <input type="checkbox"/> Engeli Yok <input type="checkbox"/> Davranış Bozukluğu <input type="checkbox"/> Dil ve Konuşma <input type="checkbox"/> Görme - Az Görme <input type="checkbox"/> Görememe <input type="checkbox"/> İşitme Özürlü <input type="checkbox"/> Alt Beden Felç <input type="checkbox"/> Üst Beden Felç <input type="checkbox"/> Alt ve Üst Beden Felç <input type="checkbox"/> Otizm <input type="checkbox"/> Hiperaktivite <input type="checkbox"/> Öğrenme Bozukluğu <input type="checkbox"/> Serebral Palsi <input type="checkbox"/> Süreğen Hastalığı var <input type="checkbox"/> Üstün Yetenek <input type="checkbox"/> Zihinsel
Ev Telefonu	:	Ev Telefonu	:
İş Telefonu	:	İş Telefonu	:
Cep Telefonu	:	Cep Telefonu	:
E-Mail Adresi	:	E-Mail Adresi	: