



T.C.  
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI  
Ergene İlkokulu  
ÖĞRENCİ ADAY KAYIT FORMU



ÖĞRENCİ BİLGİLERİ			
T.C. Kimlik No(Öğrencinin)*		Doğum Tarihi*	
Sınıfı		Nüfus Cüzd.Seri No*	
No		Nüfus Cüzd.Kayıt No*	
Adı Soyadı*		Nüfus Cüzd. Verili Tarihi*	
Doğum Yeri*		Nüfus Cüzd. Verildiği Yer*	
<b>Kan Grubu</b> A Rh(+) <input type="checkbox"/> A Rh(-) <input type="checkbox"/> AB Rh(+) <input type="checkbox"/> AB Rh(-) <input type="checkbox"/> B Rh(+) <input type="checkbox"/> B Rh(-) <input type="checkbox"/> 0 Rh(+) <input type="checkbox"/> 0 Rh(-) <input type="checkbox"/>			
VELİ BİLGİLERİ			
<b>Velisi Kim?*</b>	Anne <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Amca <input type="checkbox"/> Büyükbaba <input type="checkbox"/> Büyükanne <input type="checkbox"/> Dayı <input type="checkbox"/>		
	Hala <input type="checkbox"/> Teyze <input type="checkbox"/> Kardeş <input type="checkbox"/> Müdür <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
Velisi anne veya baba ise veli bilgilerini geçiniz.		Veli Adı Soyadı*	
Veli T.C. Kimlik No*		Veli telefon No*	
ÖĞRENCİ GENEL BİLGİLERİ			
<b>Kiminle Oturuyor?*</b>	Ailesiyle <input type="checkbox"/> Annesiyle <input type="checkbox"/> Babasıyla <input type="checkbox"/> Velisiyle <input type="checkbox"/>		
<b>Oturduğu Ev Kira mı?</b>	Kendilerinin <input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Lojman <input type="checkbox"/>		
<b>Kendi Odası Var mı?</b>	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>		
<b>Ev Ne İle Isınıyor?</b>	Elektrikli Isıtıcı <input type="checkbox"/> Kalorifer <input type="checkbox"/> Soba <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
<b>Okula Nasıl Geliyor?</b>	Ailesiyle <input type="checkbox"/> Servisle <input type="checkbox"/> Toplu Taşıma <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/>		
<b>Bir İşte Çalışıyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	<b>Aile Dışında Kalan Var mı?</b>	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
<b>Boy (cm)</b>		<b>Kilo (Kg)</b>	
<b>Geçirdiği Kaza</b>	Kaza geçirmedi <input type="checkbox"/> Ev Kazası <input type="checkbox"/> İş Kazası <input type="checkbox"/> Okul Kazası <input type="checkbox"/> Trafik Kazası <input type="checkbox"/>		
<b>Geçirdiği ameliyat</b>	Ameliyatı Yok <input type="checkbox"/> Apendisit <input type="checkbox"/> Fıtık <input type="checkbox"/> Göz <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
<b>Kullandığı cihaz protez</b>	Cihaz protez yok <input type="checkbox"/> Görsel <input type="checkbox"/> İşitsel <input type="checkbox"/> Ortopedik <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
<b>Geçirdiği hastalık</b>	Hastalık Geçirmedi <input type="checkbox"/> Çocuk felci <input type="checkbox"/> Havale <input type="checkbox"/> Menenjit <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
<b>Sürekli Hastalığı</b>	Sürekli hastalığı yok <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 <input type="checkbox"/>		
<b>Sürekli Kullandığı İlaç</b>	Kullandığı ilaç yok <input type="checkbox"/> Astım İlacı <input type="checkbox"/> Kalp İlacı <input type="checkbox"/>		
	Sara İlacı <input type="checkbox"/> Şeker İlacı <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
<b>Özel Eğitim Durumu</b>	Evde eğitim alıyor <input type="checkbox"/> Hastanede eğitim alıyor <input type="checkbox"/> Kaynaştırma eğitimi alıyor <input type="checkbox"/>		
<b>Haneye Giren Aylık Toplam Gelir (TL)</b>		<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>	
ÖĞRENCİ ÖZEL BİLGİLERİ			
<b>Şehit Çocuğu</b> <input type="checkbox"/>	<b>Gazi Malül Çocuğu</b> <input type="checkbox"/>	<b>Burslu</b> <input type="checkbox"/>	<b>2828 veya 5395 sayılı kanunlara tabii</b> <input type="checkbox"/>
<b>Aile Gelir Durumu</b>	Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Çok kötü <input type="checkbox"/>		
BABA BİLGİLERİ			
T.C. Kimlik No (Babanın)*		Adı Soyadı*	
Sağ <input type="checkbox"/> Ölü <input type="checkbox"/>	Birlikte <input type="checkbox"/> Ayrı <input type="checkbox"/>	E-mail adresi	
<b>Öğrenim Durumu</b>	Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/> Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/>		
	İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek Okul(2 yıllık) <input type="checkbox"/> 3 Yıllık Eğitim Enstitüsü <input type="checkbox"/>		
	Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>		
<b>Mesleği</b>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Öğretmen(Devlet Okullarında) <input type="checkbox"/> Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/>		
	Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/> İçişleri Bakan ığı(Mülki İd.-Emn.) <input type="checkbox"/>		
	Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/> Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/> MEB Personeli <input type="checkbox"/>		
	Memur(MEB dışında) <input type="checkbox"/> MSB(TSK Subay-Astsubay) <input type="checkbox"/>		
	Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/> Emekli(Bağkur, SSK, Emekli Sand.) <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
<b>Sürekli Hastalığı</b>	Sürekli hastalığı yok <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 <input type="checkbox"/>		

Lütfen sayfayı çeviriniz.

<b>Engel Durumu</b>	Herhangi bir özrü yok <input type="checkbox"/>	Davranış bozukluğu <input type="checkbox"/>	Dil ve konuşma <input type="checkbox"/>
	Görme-Az gören <input type="checkbox"/>	Görme-Görmeyen <input type="checkbox"/>	İşitme özürü <input type="checkbox"/>
	Ortopedik-alt bedeb kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Ortopedik-Alt ve üst beden kullanamıyor <input type="checkbox"/>	
	Oropedik- Üst beden kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Otizim <input type="checkbox"/>	Ruhsal ve Duygusal-Hiperaktivite <input type="checkbox"/>
	Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/>	Serebral palsi <input type="checkbox"/>	Zihinsel <input type="checkbox"/>
	Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme güçlüğü ve hiperaktivite <input type="checkbox"/>	Süreğen hastalığı var <input type="checkbox"/>	
	Üstün yetenek <input type="checkbox"/>		

<b>Tel (Ev)</b>	<b>Tel(İş)</b>	<b>Tel(Cep)</b>
-----------------	----------------	-----------------

### ANNE BİLGİLERİ

<b>T.C. Kimlik No (Annenin)*</b>	<b>Adı Soyadı*</b>
Sağ <input type="checkbox"/> Ölü <input type="checkbox"/> Birlikte <input type="checkbox"/> Ayrı <input type="checkbox"/>	E-mail adresi

<b>Öğrenim Durumu</b>	Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/>	Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/>	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/>
	İlköğretim <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>	Yüksek Okul(2 yıllık) <input type="checkbox"/>	3 Yıllık Eğitim Enstitüsü <input type="checkbox"/>
	Lisans <input type="checkbox"/>	Lisansüstü <input type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>	

<b>Mesleği</b>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>	Öğretmen(Devlet Okullarında) <input type="checkbox"/>	Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/>
	Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/>	İçişleri Bakanlığı(Mülki İd.-Emn.) <input type="checkbox"/>	
	Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/>	Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/>	MEB Personeli <input type="checkbox"/>
	Memur(MEB dışında) <input type="checkbox"/>	MSB(TSK Subay-Astsubay) <input type="checkbox"/>	
	Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/>	Emekli(Bağkur, SSK, Emekli Sand.) <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

<b>Sürekli Hastalığı</b>	Sürekli hastalığı yok <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 <input type="checkbox"/>				

<b>Engel Durumu</b>	Herhangi bir özrü yok <input type="checkbox"/>	Davranış bozukluğu <input type="checkbox"/>	Dil ve konuşma <input type="checkbox"/>
	Görme-Az gören <input type="checkbox"/>	Görme-Görmeyen <input type="checkbox"/>	İşitme özürü <input type="checkbox"/>
	Ortopedik-alt bedeb kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Ortopedik-Alt ve üst beden kullanamıyor <input type="checkbox"/>	
	Oropedik- Üst beden kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Otizim <input type="checkbox"/>	Ruhsal ve Duygusal-Hiperaktivite <input type="checkbox"/>
	Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/>	Serebral palsi <input type="checkbox"/>	Zihinsel <input type="checkbox"/>
	Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme güçlüğü ve hiperaktivite <input type="checkbox"/>	Süreğen hastalığı var <input type="checkbox"/>	
	Üstün yetenek <input type="checkbox"/>		

<b>Tel (Ev)</b>	<b>Tel(İş)</b>	<b>Tel(Cep)</b>
-----------------	----------------	-----------------

### KARDEŞ BİLGİLERİ (1)

<b>Adı Soyadı</b>	Birlikte <input type="checkbox"/>	Ayrı <input type="checkbox"/>
-------------------	-----------------------------------	-------------------------------

<b>Mesleği</b>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>	Öğretmen(Devlet Okullarında) <input type="checkbox"/>	Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/>
	Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/>	İçişleri Bakanlığı(Mülki İd.-Emn.) <input type="checkbox"/>	
	Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/>	Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/>	MEB Personeli <input type="checkbox"/>
	Memur(MEB dışında) <input type="checkbox"/>	MSB(TSK Subay-Astsubay) <input type="checkbox"/>	
	Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/>	Emekli(Bağkur, SSK, Emekli Sand.) <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

<b>Öğrenim Durumu</b>	Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/>	Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/>	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/>
	İlköğretim <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>	Yüksek Okul(2 yıllık) <input type="checkbox"/>	3 Yıllık Eğitim Enstitüsü <input type="checkbox"/>
	Lisans <input type="checkbox"/>	Lisansüstü <input type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>	İlköğretim Öğrencisi <input type="checkbox"/>

<b>Sürekli Hastalığı</b>	Sürekli hastalığı yok <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 <input type="checkbox"/>				

### KARDEŞ BİLGİLERİ (2)

<b>Adı Soyadı</b>	Birlikte <input type="checkbox"/>	Ayrı <input type="checkbox"/>
-------------------	-----------------------------------	-------------------------------

<b>Mesleği</b>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>	Öğretmen(Devlet Okullarında) <input type="checkbox"/>	Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/>
	Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/>	İçişleri Bakanlığı(Mülki İd.-Emn.) <input type="checkbox"/>	
	Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/>	Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/>	MEB Personeli <input type="checkbox"/>
	Memur(MEB dışında) <input type="checkbox"/>	MSB(TSK Subay-Astsubay) <input type="checkbox"/>	
	Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/>	Emekli(Bağkur, SSK, Emekli Sand.) <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

<b>Öğrenim Durumu</b>	Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/>	Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/>	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/>
	İlköğretim <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>	Yüksek Okul(2 yıllık) <input type="checkbox"/>	3 Yıllık Eğitim Enstitüsü <input type="checkbox"/>
	Lisans <input type="checkbox"/>	Lisansüstü <input type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>	İlköğretim Öğrencisi <input type="checkbox"/>

<b>Sürekli Hastalığı</b>	Sürekli hastalığı yok <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 <input type="checkbox"/>				

<b>Öğrencinin İkametgah Adresi:</b>
-------------------------------------

-Lütfen özenle doldurunuz. Sorulara ilişkin seçeneklerden sizi uygun olanın önündeki kutucuğa (X) işareti koyunuz. Kardeş sayısı ikiden fazla ise belirtiniz.

Saygılarımızla Ergene İlkokulu Kayıt Komisyonu