ÇOCUĞUN GENEL BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No : …………………………………….………………………………….

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

Cinsiyeti : ……………………………………………………………………….

(\*) Velisi kim ? : ……………………………………………………………………….

Anne Baba birlikte mi? : ……………………………………….……………………………….

Kiminle oturuyor? : …………………………………….…………………………………

Oturduğu ev kira mı ? : ……………………………………………………………………….

Kendi odası var mı ? : ……………………………………………………………………….

Ev ne ile ısınıyor? : ……………………………………………………………………….

Okula nasıl geliyor? : ………………………………………………………………………..

Aile dışında kalan var mı ? : ………………………………………………………………………..

Geçirdiği kaza : …………………………………………………………………………

Geçirdiği ameliyat : ………………………………………………………………………..

Kullandığı cihaz protez : …………………………………………………………………………

Geçirdiği hastalık : ………………………………………………………………………….

Sürekli kullandığı ilaç : …………………………………………………………………………

Kardeş sayısı : …………………………………………………………………………

Kilo : …………………………………………………………………………

Boy : …………………………………………………………………………

ÖĞRENCİ NÜFUS BİLGİLERİ

Kayıt No : …………………………………………………………………………

Veriliş Tarihi : ………………………………………………………………………….

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

 NOT : Bilgileri eksiksiz olarak doldurunuz.

ÖZEL EĞİTİM GEREKSİNİMİ

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

-DAVRANIŞ BOZUKLUĞU

-DİL VE KONUŞMA

-GÖRME VE AZ GÖREN

-İŞİTME ENGELLİ

- ORTOPEDİK ALT BEDEN KULLANAMIYOR

- ORTOPEDİK ÜST BEDEN KULLANAMIYOR

- ORTOPEDİK ALT VE ÜST BEDEN KULLANAMIYOR

 - OTİZM

- RUHSAL VE DUYGUSAL – HİPERAKTİVİTE

- RUHSAL VE DUYGUSAL -ÖZEL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ

-RUHSAL VE DUYGUSAL – ÖZEL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ VE HİPERAKTİVİTE

- SEREBRAL PALSİ

-SÜREGEN HASTALIĞI VAR

-ÜSTÜN YETENEK

-ZİHİNSEL

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

- ŞEHİT ÇOCUĞU

- GAZİ MALÜL ÇOCUĞU

- 2828 SHÇEK KANUNUNA TABİİ

- YURTDIŞINDAN GELDİ

 ANNE BABA

 SAĞ ( ) ÖLÜ ( ) SAĞ ( ) ÖLÜ ( )

T.C. Kimlik No : …………………………... …………………………………

Adı – Soyadı : ……………………………. …………………………………

Öğrenim Durumu : ……………………………. …………………………………

Mesleği : …………………………….. .………………………………..

E- Posta Adresi : …………………………….. …………………………………

Sürekli Hastalığı : ………………………………. ..………………………………..

Engel Durumu : ………………………………. …………………………………

Tel (Cep) : ……………………………… ………………………………….

Tel (iş ) : ……………………………… …………………………………

**Aile Gelir Durumu**

 **( )**Çok İyi **( )**İyi **( )**Orta  **( )**Düşük  **( )**Çok düşük