**T.C.**

**BEŞİKTAŞ KAYMAKAMLIĞI**

**Milli Savunma Üniversitesi Anaokulu Müdürlüğü**

**Ön Kayıt Başvuru Formu (2024-2025)**

**1- ÇOCUĞUN BİLGİLERİ;**

Fotoğraf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı-Soyadı | : |  |
| Doğum Tarihi ve Yeri TC kimlik no | : |  |
| Cinsiyeti | : |  |
| Okula Başlama Tarihi | : |  |
| Ev Adresi ve Telefonu | : |  |
| Kan Grubu | : |  |
| Sağlık Kontrollerini Yapan Hastane veya Doktorun Adı | : |  |
| Nüfusa Kayıtlı olduğu Yer | : |  |
| En Son İkametgah Adresi | : |  |

**2- ANNE BİLGİLERİ;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı-Soyadı | : |  |
| Doğum Tarihi ve Yeri | : |  |
| En Son Mezun Olduğu Okul  | : |  |
| Mesleği ve Açık İş Adresi | : |  |
| AylıkGeliri | : |  |
| Çalışma Saatleri | : |  |
| Ev Adresi ve Telefonu  | : |  |
| Cep Telefonu | : |  |
| E-posta adresi | : |  |
| Sağ-Ölü | : |  |
| Öz-Üvey | : |  |

**3- BABA BİLGİLERİ;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı-Soyadı | : |  |
| Doğum Tarihi ve Yeri | : |  |
| En Son Mezun Olduğu Okul | : |  |
| Mesleği ve Açık İş Adresi | : |  |
| Aylık Geliri | : |  |
| Çalışma Saatleri | : |  |
| Ev Adresi ve Telefonu | : |  |
| Cep Telefonu | : |  |
| E-posta adresi | : |  |
| Sağ-Ölü | : |  |
| Öz-Üvey | : |  |

**4- ANNE-BABA AYRI İSE ÇOCUK KİMİNLE YAŞIYOR?**

|  |
| --- |
| **Anne Baba Anneanne Babaanne Diğer** |

**5- KARDEŞLER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADI** | **DOĞUM TARİHİ** | **ÖZ-ÜVEY** | **EĞİTİM DURUMU** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**6- AİLEDE BİRLİKTE YAŞAYAN DİĞER KİŞİLER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADI** | **YAKINLIK DERECESİ** | **YAŞI** | **EĞİTİM DURUMU** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**7- ÇOCUKLARLA İLGİLİ DİĞER BİLGİLER**

1- Çocuk kuruma gelmeden önce çocukla ilgilenen kişi ya da okul öncesi eğitim kurumları (Doğumdan itibaren)

…………………………………………………………………………………………………

2- Çocuğun sağlık durumu (aşı karnesi fotokopisini ekleyiniz)

…………………………………………………………………………………………………

3- Çocuğun daha önce geçirdiği önemli hastalıklar (Daha önce hastanede yatmış mı?)

…………………………………………………………………………………………………

4- Sürekli kullanmak zorunda olduğu bir ilaç veya uyguladığı diyet var mı ?

…………………………………………………………………………………………………

5- Alerjik durumu var mı? Varsa belirtiniz:

…………………………………………………………………………………………………

Besin : …………………………

İlaç : …………………………

Diğer : …………………………

6- Belirtmek istediğiniz başka bir durum var mı ? Varsa belirtiniz:…………………………..

 Müracaat Eden

 Veli veya Vasi Adı -Soyadı :……………………………

 İmzası ………………