

ใบสมัครเลขที่...../2565
เลขประจำตัวเด็ก.....



ติดรูปถ่าย
ขนาด
1 นิ้ว ครึ่ง

ใบสมัครเด็กปฐมวัย
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหาดเจ้าสำราญ สังกัดเทศบาลตำบลหาดเจ้าสำราญ
ประจำปีการศึกษา 2565

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลตำบลหาดเจ้าสำราญ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์นำเด็กปฐมวัยสมัครเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหาดเจ้าสำราญ
สังกัดเทศบาลตำบลหาดเจ้าสำราญ ประจำปีการศึกษา 2565 รายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป

ค่านำหน้า เด็กชาย เด็กหญิง อื่น ๆ (ระบุ).....
ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....
เพศ ชาย หญิง
เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -
สัญชาติ ไทย จีน พม่า ไม่มีสัญชาติ อื่น ๆ (ระบุ).....
เชื้อชาติ ไทย จีน พม่า ไม่มีสัญชาติ อื่น ๆ (ระบุ).....
ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม ฮินดู ซิกข์ อื่น ๆ
วันเดือนปีเกิด(วันเดือนปี).....อายุ.....ปี.....เดือน
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก.....
ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

- ตามที่อยู่ทะเบียนบ้าน
 อื่น ๆ (ระบุ)

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก.....
ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ข้อมูลการติดต่อ

หมายเลขโทรศัพท์..... เบอร์มือถือ.....
E-Mail..... LINE.....

ข้อมูลบิดา

คำนำหน้า นาย อื่น ๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน..... บาท เบอร์มือถือ.....
ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม ฮินดู ซิกข์ อื่น ๆ
สถานะ สาบสูญ เสียชีวิต ยังมีชีวิตอยู่ ไม่ปรากฏ

ข้อมูลมารดา

คำนำหน้า นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน..... บาท เบอร์มือถือ.....
ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม ฮินดู ซิกข์ อื่น ๆ
สถานะ สาบสูญ เสียชีวิต ยังมีชีวิตอยู่ ไม่ปรากฏ

สถานภาพครอบครัว

อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หย่าร้าง บิดาถึงแก่กรรม
 มารดาถึงแก่กรรม บิดา-มารดาถึงแก่กรรม

ข้อมูลผู้ปกครอง

คำนำหน้า นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน..... บาท เบอร์มือถือ.....
ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม ฮินดู ซิกข์ อื่น ๆ
ความสัมพันธ์กับเด็กเล็ก บิดา มารดา ปู่-ย่า ตา-ยาย ลุง-ป้า
 น้า อา อื่น ๆ (ระบุ).....
สถานะ สาบสูญ เสียชีวิต ยังมีชีวิตอยู่ ไม่ปรากฏ

สิทธิการเบิกค่าใช้จ่าย

- ได้
 ไม่ได้

สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล

- ได้
 ไม่ได้

ข้อมูลสุขภาพ

ความพิการ

- ปกติ (ไม่พิการ) พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน
 พิการทางการพูด พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้
 พิการทางออสติก พิการซ้ำซ้อน อื่นๆ (ระบุ).....

โรคประจำตัว

- ปกติ (ไม่มีโรคประจำตัว) โรคประจำตัว (ระบุ).....

โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

ประวัติการแพ้ยา

- ไม่แพ้ยา แพ้ยา.....

สำเนาเอกสารและหลักฐานการสมัคร

- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
 สำเนาสูติบัตร จำนวน 1 ชุด

คำรับรอง

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของเทศบาลตำบลหาดเจ้าสำราญเข้าใจแล้ว และเด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตามประกาศและหลักฐานที่ใช้สมัครในวันนี้เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการที่จะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หาดเจ้าสำราญ เทศบาลตำบลหาดเจ้าสำราญ
- ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของเทศบาลตำบลหาดเจ้าสำราญ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้นำเด็กมาสมัคร
 (.....)

เบอร์โทร.....

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร
 (.....)