

## ใบสมัคร

## ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านรักไทย

## สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลหมอกจำแป่

เขียนที่ .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้อมูลเด็ก

๑. เด็กชื่อ - นามสกุล..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....  
(นับแต่วันที่ ๑๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕.....)
๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่ ..... ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด.....
๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทร.(ถ้ามี).....  
บิดาชื่อ..... อาชีพ.....  
มารดาชื่อ..... อาชีพ.....  
พี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรคนที่.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ
- ๑.๑  บิดา  มารดา  ทั้งบิดา - มารดา
- ๑.๒  ญาติ ชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- ๑.๓  อื่นๆ (โปรดระบุ).....
๒. อาชีพบิดามารดา หรือผู้ดูแลอุปการะ.....
๓. ผู้ดูแลเด็กตามข้อที่ ๑. มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....
๔. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของเด็ก
๕. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....  
โดยเกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

คำรับรอง

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครขององค์การบริหารส่วนตำบลเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้อง
๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลหมอกจำแป่
๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านรักไทย สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลหมอกจำแป่ และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

**ใบมอบตัว**  
**ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านรักไทย**  
**สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลหมอกจำแป่**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี  
 อาชีพ..... รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....  
 ถนน/ตรอก/ซอย..... ตำบล..... อำเภอ.....  
 จังหวัด..... โทรศัพท์..... เป็นผู้ปกครองของ  
 และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านรักไทย ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านรักไทย อย่างเคร่งครัด
๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านรักไทย ในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหาปัญหาต่างๆ  
 ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด  
 .....โทรศัพท์.....อนึ่ง ถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง  
 .....เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที  
 ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯ จัดไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ โดยข้าพเจ้าขอ  
 รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
๓. ข้าพเจ้าได้ชำระค่าใช้จ่ายและค่าธรรมเนียมของศูนย์เด็กเล็กตำบลหมอกจำแป่ตลอดปีการศึกษาในวัน  
 มอบตัวเรียบร้อยแล้ว เป็นเงิน.....บาท (.....)

**ผู้รับผิดชอบ**

(นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล..... โดยเกี่ยวข้องเป็น.....  
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

**หมายเหตุ หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร**

๑. ตัวเด็ก
๒. สำเนาสูติบัตร
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นหรือสวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
๕. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว
๖. สมุดบันทึกสุขภาพ หรือใบรับรองแพทย์

**ทะเบียนเด็กเล็ก**  
**ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านรักไทย**  
**สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลหมอกจำแป่**

ชื่อ - นามสกุล..... ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวประชาชน  -     -      -   -

วัน เดือน ปีเกิด..... จังหวัดที่เกิด..... เชื้อชาติ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สุขภาพโดยทั่วไปของเด็กเล็ก  สมบูรณ์  ไม่สมบูรณ์ คือ.....

กรู๊ปเลือด  เอ  บี  เอบี  โอ

นักเรียนมีโรคประจำตัวคือ..... เมื่อมีอาการควรแก้ไขโดย.....

เด็กเล็กมีประวัติแพ้ยา คือ.....

เด็กเล็กควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....

ชื่อ - สกุล บิดา..... อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/ เดือน

ชื่อ - สกุล มารดา..... อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/ เดือน

เป็นบุตรคนที่..... จำนวนพี่น้องร่วมสายโลหิต.....คน พี่ชาย.....คน น้องชาย.....คน  
 พี่สาว.....คน น้องสาว.....คน

สถานภาพสมรสของบิดามารดา  อยู่ด้วยกัน  แยกด้วยกัน  หย่าร้างกัน

บิดาหรือมารดาแต่งงานใหม่  อื่นๆ

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง..... อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

## บันทึกประวัติสุขภาพ

## ๑. ประวัติการคลอด

ปกติ   ไม่ปกติ คือ.....

## ๒. สายตา

ปกติ   ไม่ปกติ คือ.....

## ๓. การเริ่มพูด

ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง)   ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

## ๔. การเริ่มเดิน

ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง)   ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

๕. การผ่าตัด   ไม่มี

ไม่รุนแรง คือ.....

รุนแรง คือ.....

## ๖. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือ ..... เมื่อ .....

๗. โรคประจำตัวบิดา/มารดา  ไม่มี  มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค   เบาหวาน   ภูมิแพ้   หัวใจ

มะเร็ง  เคยป่วย เป็น

.....

๘. โรคประจำตัว นักเรียน   ไม่มี   มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค   เบาหวาน   ลมชัก   หัวใจ

มะเร็ง   เคยป่วย เป็น.....

## ๙. การได้รับภูมิคุ้มกัน

คอตีบ    หัดเย   ัน   รน   บาดทะยัก

โปริโอ    ตั๊กเสบ     บีซีจี    อื่นๆ คือ

.....

\*สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำ คือ

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

วันที่ให้ข้อมูล.....

## หนังสือรับรองสิทธิ์

ข้าพเจ้า   นาม     นางสาว อื่นๆ โปรดระบุ.....ชื่อ.....สกุล

.....

ตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่..... ตำบลหมอกจำแป่ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ขอรับรองว่า  ด.ช.  ด.ญ. ชื่อ..... สกุล.....

เป็นบุตรของ มารดาชื่อ..... อายุ.....ปี

บิดาชื่อ..... อายุ.....ปี

๑. ได้พักอาศัยอยู่ในบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.หมอกจำแป่ อ. เมืองแม่ฮ่องสอน  
จ.แม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็น

๑.๑ บ้านของญาติ ชื่อ.....

มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็น.....

๑.๒ บ้านเช่า ซึ่งเป็นของ.....

๒. มีบิดา หรือมารดา ทำงานในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหมอกจำแป่ โดยได้ทำงานที่.....

.....

.....

ซึ่งเป็นสถานประกอบการ

ส่วนราชการ

กิจการส่วนตัวของบิดา หรือมารดาของเด็กเอง

มีนายจ้างชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....