**ใบสมัคร**

รูปถ่าย

ขนาด 1 นิ้ว

**ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง**

**เทศบาลตำบลสันป่าม่วง**

เขียนที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง

วันที่ ............ เดือน ............................ พ.ศ. ................

**ข้อมูลเด็ก**

1. เด็กชื่อ – นามสกุล ................................................................ เชื้อชาติ ...................... สัญชาติ ....................

2. เกิดวันที่ ................. เดือน ............................................. พ.ศ. .................. อายุ ............... ปี .............เดือน

(นับอายุถึงวันที่ 16 พฤษภาคม 2567) โรคประจำตัว ....................................................................................

3. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่ ............................. ถนน ................................................................

ตำบล ........................................ อำเภอ .................................................. จังหวัด ...............................................

4. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่ ............................ ถนน................................ตำบล ..............................

อำเภอ..........................................จังหวัด ........................................... โทร. (ถ้ามี) ..............................................

บิดาชื่อ .......................................................................................... อาชีพ ...........................................................

มารดาชื่อ ....................................................................................... อาชีพ ...........................................................

มีพี่น้องร่วมบิดา – มารดาเดียวกัน จำนวน .................................. คน เป็นบุตรลำดับที่ ......................................

**ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้อุปการะ**

1. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ

1.1 บิดา ......................................................มารดา ................................................ ทั้งบิดา – มารดาร่วมกัน

1.2 ญาติ ........................................................... (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง) ..................................................

1.3 อื่น ๆ (โปรดระบุ) .......................................................................................................................................

2. อาชีพบิดามารดา หรือผู้อุปการะ ...................................................................................................................

3. ผู้ดูแลอุปการะเด็กตามข้อ 1. มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน .........................................................................

4. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ ...........................................................................เกี่ยวข้องเป็น ..........................ของเด็ก

5. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว) .......................................................นามสกุล ........................................

โดยเกี่ยวข้องเป็น ................................................................. เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ..............................................

**คำรับรอง**

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของเทศบาลตำบลสันป่าม่วงเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบด้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง

2. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง สังกัดเทศบาลตำบลสันป่าม่วง

3. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของ เทศบาลตำบลสันป่าม่วง และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กกำหนด

ลงชื่อ)..................................................................ผู้นำเด็กมาสมัคร

(..........................................................)

วันที่ ........... เดือน ..................... พ.ศ. ..............

**ใบมอบตัว**

**ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง**

**เทศบาลตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .............................................................................อายุ .........................ปี

อาชีพ ........................................ รายได้ .................................บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ............................

ถนน/ตรอก/ซอย ..................................ตำบล ................................อำเภอ .........................................................

จังหวัด ..........................................................โทรศัพท์ ...........................................................เป็นผู้ปกครองของ

เด็กชาย/เด็กหญิง ...................................................................................เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วงและพร้อมปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วงดังนี้

1. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วงอย่างเคร่งครัด

2. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง ในการจัดการการเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด............................................

.............................................................................................. โทรศัพท์ ..............................................................

อนึ่ง ถ้าเด็กชาย / เด็กหญิง .......................................................................................เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยข้าพเจ้ารับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

3. ข้าพเจ้าได้ชำระค่าใช้จ่ายและค่าธรรมเนียมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง

ตลอดปีการศึกษาในวันมอบตัวเรียบร้อยแล้ว เป็นเงิน ....................... บาท (......................................................)

**ผู้รับส่งเด็ก**

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

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .............................................................

ลงชื่อผู้ปกครอง ....................................................................

(...........................................................)

ลงชื่อผู้รับมอบตัว ................................................................

(นางอมรรัตน์ ดวงปัญญา)

วันที่ .............. เดือน ......................... พ.ศ. ................

**หมายเหตุ หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร**

1. ตัวเด็ก

2. สำเนาสูติบัตร

3. สำเนาทะเบียนบ้าน

4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 6 ใบ (ถ่ายไม่เกิน 3 เดือน)

5. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว

6. สมุดบันทึกสุขภาพ หรือใบรับรองแพทย์

7. สำเนาบัตรประชาชน บิดา มารดา

**ทะเบียนเด็กเล็ก**

**ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง**

**เทศบาลตำบลสันป่าม่วง**

ชื่อ – นามสกุล ...................................................................................... ชื่อเล่น .........................................

เลขประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปี เกิด .............................. ศาสนา ................... โรคประจำตัว......................... กลุ่มเลือด .............

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ ........................ หมู่ที่ ................... ซอย .................................. ถนน .....................

จังหวัด ...................................... รหัสไปรษณีย์......................................... โทรศัพท์ ..........................................

สุขภาพโดยรวมของเด็กเล็ก สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ คือ ...................................................

กลุ่มเลือด ( ) เอ ( ) บี ( ) เอบี ( ) โอ

นักเรียนมีโรคประจำตัว คือ ............................................ เมื่อมีอาการควรแก้ไข ................................................

เด็กเล็กมีประวัติการแพ้ยา คือ ............................................................................................................................

เด็กเล็กควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง ........................................................................................................

ชื่อ – นามสกุล บิดา ...........................................................................อายุ ......... ปี อาชีพ ..............................

สถานที่ทำงาน ..........................................................................................โทรศัพท์ ..........................................

ชื่อ – นามสกุล มารดา .......................................................................อายุ ......... ปี อาชีพ ...............................

สถานที่ทำงาน ...........................................................................................โทรศัพท์ .........................................

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

สถานภาพสมรสของบิดามาดา อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ เลิกร้างกัน

บิดา หรือ มารดาแต่งงานใหม่ อื่น ๆ

ชื่อ – นามสกุลผู้ปกครอง ..................................................................................................... อายุ.................... ปี

เกี่ยวข้องเป็น ...................... ของนักเรียน อาชีพ .............................................. สถานที่ทำงาน

ที่อยู่ ............................................................................................................. โทรศัพท์ .......................................

**บันทึกประวัติสุขภาพ**

1. ประวัติการคลอด

ปกติ ไม่ปกติ คือ ..................................

2. สายตา

ปกติ ไม่ปกติ คือ ..................................

3. การเริ่มพูด

ปกติ (ภายใน 1 ขวบครึ่ง) ช้ากว่าปกติ (หลัง 1 ขวบครึ่ง)

4. การเริ่มเดิน

ปกติ (ภายใน 1 ขวบครึ่ง) ช้ากว่าปกติ (หลัง 1 ขวบครึ่ง)

5. การผ่าตัด ไม่มี

ไม่รุนแรง คือ ..............................................................................

รุนแรง คือ .................................................................................

6. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือ ......................................................................................................................

7. โรคประจำตัว บิดา / มารดา ไม่มี มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค เบาหวาน ลมบ้าหมู หัวใจ

มะเร็ง เคยป่วย เป็น .................................................................

8. โรคประจำตัว นักเรียน ไม่มี มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค เบาหวาน ลมบ้าหมู หัวใจ

มะเร็ง เคยป่วย เป็น .................................................................

9. การได้รับภูมิคุ้มกัน

คอตีบ หัดเยอรมัน ไอกรน บาดทะยัก

โปริโอ ตับอักเสบ บีซีจี อื่นๆคือ ....................

\* สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นประจำ คือ ..................................................................................................................................................................

ลงชื่อ ............................................................ผู้ให้ข้อมูล

เกี่ยวข้องเป็น ..........................................

วันบันทึก ...............................................