

ÖZEL ALMAN LİSESİ E-OKUL PROJESİ BİLGİ GÜNCELLEME FORMU

ÖĞRENCİNİN:

TC Kimlik No : _____ Sınıfı: ___ / ___ No: _____

Adı-Soyadı: _____

Sayın Velimiz; Millî Eğitim Bakanlığımızın e-okul uygulaması kapsamında aşağıdaki soruları cevaplamamız gerekmektedir. Vereceğiniz bilgiler M.Eğitim Bakanlığımızın <http://e-okul.meb.gov.tr> internet adresindeki veri tabanına işlenecektir. Bilgilerin doğruluğu öğrencimizin tüm işlemleri için esas alınacağından son derece önemlidir. Gerekli titizliği göstereceğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

ÖĞRENCİNİN VELİSİNİN:

Öğrenci velisi kim : Anne Baba Amca Dayı Hala
 Kardeş Büyükanne Büyükbaba Teyze

SMS (Cep telefonuna Kısa Mesaj ile bilgilendirme istiyor mu?)

İstemiyor Anne Baba Veli
 Baba-Anne Anne-Veli Baba-Veli Baba-Anne-Veli

1-Öğrenci Kiminle Oturuyor? Annesiyle Babasıyla Ailesi ile Velisi İle

2-Oturduğu ev kira mı? Kendilerinin Kira Lojman

3-Kendi odası var mı? Var Yok

4-Ev ne ile ısıtılıyor? Elektrikli Isıtıcı Kalorifer Soba Diğer

5-Okula nasıl geliyor? Ailesiyle Servisle Toplu Taşıma Yürüyerek

6-Bir işte çalışıyor mu? Evet Hayır

7-Aile Dışında Kalan Var mı? Var Yok

8- Boyu ___ ___ cm dir

9- Engel (özür) türü:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herhangi bir engeli yok | <input type="checkbox"/> Davranış Bozukluğu |
| <input type="checkbox"/> Dil ve Konuşma | <input type="checkbox"/> Görme (Az Gören) |
| <input type="checkbox"/> Görme (Görmeyen) | <input type="checkbox"/> İşitme Özürlü |
| <input type="checkbox"/> Ortopedik (Alt Bedeni Kullanamıyor) | <input type="checkbox"/> Ortopedik (Alt ve Üst Bedeni Kullanamıyor) |
| <input type="checkbox"/> Ortopedik Üst Bedeni Kullanamıyor) | <input type="checkbox"/> Otizm (Spastik Özürlü) |
| <input type="checkbox"/> Öğrenme Güçlüğü Olan | <input type="checkbox"/> Ruhsal ve Duyusal (Hiperaktivite) |
| <input type="checkbox"/> Ruhsal ve Duyusal(Özel Öğrenme Güçlüğü) | <input type="checkbox"/> Serabral Palsi |
| <input type="checkbox"/> Süreğen hastalığı var | <input type="checkbox"/> Üstün yetenekli |
| <input type="checkbox"/> Zihinsel | |

10- Durumunuz aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

- | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Şehit Çocuğu | <input type="checkbox"/> Yatılı | <input type="checkbox"/> Burslu |
| <input type="checkbox"/> Yurt dışından geldi | <input type="checkbox"/> Gündüzlü | <input type="checkbox"/> Taşımali |
| <input type="checkbox"/> 2828 Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna tabi | | |

11-Aile Gelir Durumu: Çok İyi Çok Kötü Düşük İyi Orta

12-Geçirdiği kaza : Kaza Geçirmedi Ev Kazası İş Kazası
 Okul Kazası Trafik Kazası

13-Geçirdiği ameliyat : Ameliyatı Yok Diğer Apandist
 Fitik Göz Kalp

14-Kullandığı cihaz protez: Cihaz protez Yok Diğer Görsel
 İşitsel Ortopedik

15-Geçirdiği hastalık : Hastalık Geçirmedi Diğer Çocuk Felci
 Havale Menenjit Sara

16-Sürekli hastalığı :

- Sürekli Hastalığı Yok
 Astım
 Hepatit
 Sara
 Tansiyon

- Diğer
 Böbrek yetmezliği
 Kalp
 Siroz
 Verem

- Alzaymır
 Felç
 Parkinson
 Şeker
 Kanser

17-Sürekli kullandığı ilaç:

- Yok Diğer Astım
 Kalp Sara Şeker

18- Öğrencinin Kilosu ___ kg dır**ÖĞRENCİNİN NÜFUS CÜZDANI BİLGİLERİ**

Kayıt No: ___ Veriliş Tarihi: ___ / ___ / ___ Kan Grubu: ___ Rh ()
Dini: _____

ÖĞRENCİNİN BABASINA AİT BİLGİLER

Öğrenim Durumu:..... Mesleği..... Sağ Ölü Birlikte Ayrı

Sürekli Hastalığı..... Engel Durumu.....

Tel (Ev): 0 (___) _____ Tel (Cep) 0 (5___) _____
Tel (İş) 0 (___) _____

Elektronik Posta adresi (e-mail): : _____@_____

(Sürekli Hastalık 16. maddeye Engel durumu 9. maddeye göre cevaplandırılacaktır)

ÖĞRENCİNİN ANNESİNE AİT BİLGİLER

Öğrenim Durumu:..... Mesleği..... Sağ Ölü Birlikte Ayrı

Sürekli Hastalığı..... Engel Durumu.....

Tel (Ev): 0 (___) _____ Tel (Cep) 0 (5___) _____
Tel (İş) 0 (___) _____

Elektronik Posta adresi (e-mail): : _____@_____

(Sürekli Hastalık 16. maddeye Engel durumu 9. maddeye göre cevaplandırılacaktır)

ÖĞRENCİ KARDEŞ BİLGİLERİ

Adı Soyadı :
Mesleği :
Öğrenim Durumu :
Sürekli Hastalığı :
Birlikte /Ayrı :

ÖĞRENCİ KARDEŞ BİLGİLERİ

Adı Soyadı :
Mesleği :
Öğrenim Durumu :
Sürekli Hastalığı :
Birlikte /Ayrı :

Bilgiler tarafımdan yazılmış olup doğru olduğu tarafımdan onaylanır. Bilgilerin yanlışlığı halinde tüm sorumluluğu kabul ediyorum.

07/01/2009

.....
Adı Soyadı İmza
Öğrenci Velisi