

**ใบสมัคร**  
**ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิง**

เขียนที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิง  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ข้อมูลเด็ก**

๑. เด็กชื่อ -นามสกุล.....ชื่อเล่น.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....  
(นับถึงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖.....)
๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....Line/Facebook.....
- บิดาชื่อ - นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....
- มารดาชื่อ - นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....
- มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

**ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะเด็ก**

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ / รับผิดชอบของ
- ๑.๑  บิดา  มารดา  ทั้งบิดา - มารดาด้วยกัน
- ๑.๒  ญาติ(โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
- ๑.๓  อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
๒. ผู้ดูแลอุปการะเด็ก ตามข้อที่ ๑
- ๒.๑ ชื่อ.....อาชีพ.....
- ๒.๒ มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท
- ๒.๓ ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
๓. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
โดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก เบอร์โทรศัพท์.....

**คำรับรอง**

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิงเข้าใจแล้ว  
เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติ ครบถ้วนถูกต้องตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานถูกต้อง
๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะ让孩子สมัครเข้ารับการศึกษาลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิง
๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิงและยินดีปฏิบัติตาม  
คำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิงกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ใบมอบตัว**  
**ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิง**  
**องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี  
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....  
บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์..... เป็นผู้ปกครองของ (เด็กชาย/เด็กหญิง).....  
เข้าเป็นเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิง และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของ  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิง ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิงอย่างเคร่งครัด

๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิงในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่างๆ  
ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด และสถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกเร็วที่สุด.....  
.....เบอร์โทรศัพท์.....

อนึ่งถ้า (เด็กชาย/เด็กหญิง).....เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่ง  
โรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิงจัดการไปตามความ  
เห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

**ผู้ส่งมอบเด็ก**

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

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**หมายเหตุ** หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร

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

ทะเบียนประวัติเด็กปฐมวัย  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปลิง  
องค์การบริหารส่วนตำบลตำบลหนองปลิง อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี

เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เด็กชาย/เด็กหญิง.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน.....

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

โทรศัพท์.....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก  สมบูรณ์  ไม่สมบูรณ์ .....

กรุ๊ปเลือด  เอ  บี  เอบี  โอ

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อาชีพ.....

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

มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....

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

ชื่อ - นามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันของเด็กปฐมวัย เลขที่.....ถนน/ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

มีพี่น้องทั้งหมด.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน

เด็กปฐมวัยเป็นบุตรคนที่.....น้ำหนัก.....กิโลกรัม สูง.....เซนติเมตร

เด็กปฐมวัยมีโรคประจำตัว.....เมื่อมีอาการควรแก้ไขอย่างไร.....

ประวัติแพ้ยา (บอกชนิดยา).....แพ้อาหาร (บอกชนิด).....

นิสัยในการรับประทานอาหาร.....การดื่มนม.....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย.....เมื่ออายุ.....ปี

การได้รับภูมิคุ้มกัน.....เด็กปฐมวัยเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน

.....ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กปฐมวัย.....

เด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....ข้อมูลอื่น ๆ ที่ควรแจ้งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตำบลหนองปลิง ได้รับทราบ .....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

# บันทึกประวัติสุขภาพ

ของ (เด็กชาย/เด็กหญิง).....ชื่อเล่น.....

## ๑. ประวัติการคลอด

ปกติ

ไม่ปกติ

## ๒. สายตา

ปกติ

ไม่ปกติ

## ๓. การเริ่มพูด

ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง)

ไม่ปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

## ๔. การเริ่มเดิน

ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง)

ไม่ปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

## ๕. การผ่าตัด

ไม่มี

ไม่รุนแรง คือ

รุนแรง คือ

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

## ๗. โรคประจำตัว บิดา/มารดา

ไม่มี

มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค

เบาหวาน

หัวใจ

มะเร็ง

อื่นๆ .....

## ๘. โรคประจำตัว นักเรียน

ไม่มี

มี โรคประจำตัวเหล่านี้

วัณโรค

เบาหวาน

หัวใจ

มะเร็ง

อื่นๆ .....

## ๙. การได้รับภูมิคุ้มกัน

คอตีบ

หัดเยอรมัน

ไอกรน

บาดทะยัก

โปลิโอ

ตับอักเสบบ

ปัสสาวะ

อื่น ๆ .....

สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของเด็กปฐมวัยเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำ คือ

.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

วันที่บันทึก.....