



T.C.
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No(Öğrencinin)*		Doğum Tarihi*	
Geldiği Okul Adı		Nüfus Cüzd.Seri No*	
Sınıfı/Okul Numarası		Nüfus Cüzd.Kayıt No*	
Adı Soyadı*		Nüfus Cüzd. Veriliş Tarihi*	
Doğum Yeri*		Nüfus Cüzd. Verildiği Yer*	
Kan Grubu A Rh(+) <input type="checkbox"/> A Rh(-) <input type="checkbox"/> AB Rh(+) <input type="checkbox"/> AB Rh(-) <input type="checkbox"/> B Rh(+) <input type="checkbox"/> B Rh(-) <input type="checkbox"/> 0 Rh(+) <input type="checkbox"/> 0 Rh(-) <input type="checkbox"/>			

VELİ BİLGİLERİ

Velisi Kim?* Anne <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Amca <input type="checkbox"/> Büyükbaba <input type="checkbox"/> Büyükanne <input type="checkbox"/> Dayı <input type="checkbox"/> Hala <input type="checkbox"/> Teyze <input type="checkbox"/> Kardeş <input type="checkbox"/> Müdür <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
Velisi anne veya baba ise veli bilgilerini geçiniz.		Veli Adı Soyadı*	
Veli T.C. Kimlik No*		Veli telefon No*	

ÖĞRENCİ GENEL BİLGİLERİ

Kiminle Oturuyor?*	Ailesiyle <input type="checkbox"/>	Annesiyle <input type="checkbox"/>	Babasıyla <input type="checkbox"/>	Velisiyle <input type="checkbox"/>
Oturduğu Ev Kira mı?	Kendilerinin <input type="checkbox"/>	Kira <input type="checkbox"/>	Lojman <input type="checkbox"/>	
Kendi Odası Var mı?	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>		
Ev Ne İle Isınıyor?	Elektrikli Isıtıcı <input type="checkbox"/>	Kalorifer <input type="checkbox"/>	Soba <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Okula Nasıl Geliyor?	Ailesiyle <input type="checkbox"/>	Servisle <input type="checkbox"/>	Toplu Taşıma <input type="checkbox"/>	Yürüyerek <input type="checkbox"/>
Bir İşte Çalışıyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Aile Dışında Kalan Var mı?	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
Boy (cm)		Kilo (Kg)		Kardeş Sayısı (Kendisi Dahil)
Geçirdiği Kaza	Kaza geçirmedi <input type="checkbox"/>	Ev Kazası <input type="checkbox"/>	İş Kazası <input type="checkbox"/>	Okul Kazası <input type="checkbox"/> Trafik Kazası <input type="checkbox"/>
Geçirdiği ameliyat	Ameliyatı Yok <input type="checkbox"/>	Apandisit <input type="checkbox"/>	Fıtık <input type="checkbox"/>	Göz <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Kullandığı cihaz protez	Cihaz protez yok <input type="checkbox"/>	Görsel <input type="checkbox"/>	İşitsel <input type="checkbox"/>	Ortopedik <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Geçirdiği hastalık	Hastalık Geçirmedi <input type="checkbox"/>	Çocuk felci <input type="checkbox"/>	Havale <input type="checkbox"/>	Menenjit <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Sürekli Hastalığı	Sürekli hastalığı yok <input type="checkbox"/>	Alzheimer <input type="checkbox"/>	Astım <input type="checkbox"/>	Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/>
	Hepatit <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/>	Sara <input type="checkbox"/> Siroz <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/>	Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Sürekli Kullandığı İlaç	Kullandığı ilaç yok <input type="checkbox"/>	Astım İlacı <input type="checkbox"/>	Kalp İlacı <input type="checkbox"/>	
	Sara İlacı <input type="checkbox"/>	Şeker İlacı <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Özel Eğitim Durumu	Evde eğitim alıyor <input type="checkbox"/>	Hastanede eğitim alıyor <input type="checkbox"/>	Kaynaştırma eğitimi alıyor <input type="checkbox"/>	
Haneye Giren Aylık Toplam Gelir (TL)		Hanede yaşayan kişi sayısı		

ÖĞRENCİ ÖZEL BİLGİLERİ

Şehit Çocuğu <input type="checkbox"/>	Gazi Malül Çocuğu <input type="checkbox"/>	Burslu <input type="checkbox"/>	2828 veya 5395 sayılı kanunlara tabii <input type="checkbox"/>
Aile Gelir Durumu	Çok iyi <input type="checkbox"/>	İyi <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Çok kötü <input type="checkbox"/>

BABA BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No (Babanın)*		Adı Soyadı*	
Sağ <input type="checkbox"/> Ölü <input type="checkbox"/>	Birlikte <input type="checkbox"/> Ayrı <input type="checkbox"/>	E -mail adresi	
Öğrenim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/> Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek Okul(2 yıllık) <input type="checkbox"/> 3 Yıllık Eğitim Enstitüsü <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>		
Mesleği	Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Öğretmen(Devlet Okullarında) <input type="checkbox"/> Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/> Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/> İçişleri Bakanlığı(Mülki İd.-Emn.) <input type="checkbox"/> Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/> Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/> MEB Personeli <input type="checkbox"/> Memur(MEB dışında) <input type="checkbox"/> MSB(TSK Subay-Astsubay) <input type="checkbox"/> Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/> Emekli(Bağkur, SSK, Emekli Sand.) <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
Sürekli Hastalığı	Sürekli hastalığı yok <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Siroz <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		

Lütfen sayfayı çeviriniz.

Engel Durumu	Herhangi bir özrü 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 özürü <input type="checkbox"/> Ortopedik-alt bedeb kullanamıyor <input type="checkbox"/> Ortopedik-Alt ve üst beden kullanamıyor <input type="checkbox"/> Oropedik- Üst beden kullanamıyor <input type="checkbox"/> Otizim <input type="checkbox"/> Ruhsal ve Duygusal-Hiperaktivite <input type="checkbox"/> Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/> Serebral palsi Zihinsel <input type="checkbox"/> Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme güçlüğü ve hiperaktivite <input type="checkbox"/> Süreğen hastalığı var <input type="checkbox"/> Üstün yetenek <input type="checkbox"/>
---------------------	---

Tel (Ev)	Tel(İş)	Tel(Cep)
-----------------	----------------	-----------------

ANNE BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No (Annenin)*	Adı Soyadı*
Sağ <input type="checkbox"/> Ölü <input type="checkbox"/> Birlikte <input type="checkbox"/> Ayrı <input type="checkbox"/>	E -mail adresi

Öğrenim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/> Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek Okul(2 yıllık) <input type="checkbox"/> 3 Yıllık Eğitim Enstitüsü <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>
-----------------------	--

Mesleği	Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Öğretmen(Devlet Okullarında) <input type="checkbox"/> Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/> Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/> İçişleri Bakanlığı(Mülki İd.-Emn.) <input type="checkbox"/> Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/> Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/> MEB Personeli <input type="checkbox"/> Memur(MEB dışında) <input type="checkbox"/> MSB(TSK Subay-Astsubay) <input type="checkbox"/> Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/> Emekli(Bağkur, SSK, Emekli Sand.) <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
----------------	---

Sürekli Hastalığı	Sürekli hastalığı yok <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Siroz <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
--------------------------	---

Engel Durumu	Herhangi bir özrü 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 özürü <input type="checkbox"/> Ortopedik-alt bedeb kullanamıyor <input type="checkbox"/> Ortopedik-Alt ve üst beden kullanamıyor <input type="checkbox"/> Oropedik- Üst beden kullanamıyor <input type="checkbox"/> Otizim <input type="checkbox"/> Ruhsal ve Duygusal-Hiperaktivite <input type="checkbox"/> Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/> Serebral palsi Zihinsel <input type="checkbox"/> Ruhsal ve Duygusal-Özel Öğrenme güçlüğü ve hiperaktivite <input type="checkbox"/> Süreğen hastalığı var <input type="checkbox"/> Üstün yetenek <input type="checkbox"/>
---------------------	---

Tel (Ev)	Tel(İş)	Tel(Cep)
-----------------	----------------	-----------------

KARDEŞ BİLGİLERİ (1)

Adı Soyadı	Birlikte <input type="checkbox"/> Ayrı <input type="checkbox"/>
-------------------	---

Mesleği	Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Öğretmen(Devlet Okullarında) <input type="checkbox"/> Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/> Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/> İçişleri Bakanlığı(Mülki İd.-Emn.) <input type="checkbox"/> Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/> Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/> MEB Personeli <input type="checkbox"/> Memur(MEB dışında) <input type="checkbox"/> MSB(TSK Subay-Astsubay) <input type="checkbox"/> Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/> Emekli(Bağkur, SSK, Emekli Sand.) <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
----------------	---

Öğrenim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/> Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek Okul(2 yıllık) <input type="checkbox"/> 3 Yıllık Eğitim Enstitüsü <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> ilköğretim Öğrencisi <input type="checkbox"/>
-----------------------	--

Sürekli Hastalığı	Sürekli hastalığı yok <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Siroz <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
--------------------------	---

KARDEŞ BİLGİLERİ (2)

Adı Soyadı	Birlikte <input type="checkbox"/> Ayrı <input type="checkbox"/>
-------------------	---

Mesleği	Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Öğretmen(Devlet Okullarında) <input type="checkbox"/> Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/> Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/> İçişleri Bakanlığı(Mülki İd.-Emn.) <input type="checkbox"/> Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/> Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/> MEB Personeli <input type="checkbox"/> Memur(MEB dışında) <input type="checkbox"/> MSB(TSK Subay-Astsubay) <input type="checkbox"/> Özel Sektörde İşçi <input type="checkbox"/> Emekli(Bağkur, SSK, Emekli Sand.) <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
----------------	---

Öğrenim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor <input type="checkbox"/> Okuma Yazma Biliyor <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek Okul(2 yıllık) <input type="checkbox"/> 3 Yıllık Eğitim Enstitüsü <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> İlköğretim Öğrencisi <input type="checkbox"/>
-----------------------	--

Sürekli Hastalığı	Sürekli hastalığı yok <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Siroz <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
--------------------------	---

Öğrencinin İkametgah Adresi:

-Lütfen özenle doldurunuz. Sorulara ilişkin seçeneklerden sizi uygun olanın önündeki kutucuğa (X) işareti koyunuz. Kardeş sayısı ikiden fazla ise belirtiniz.

Saygılarımızla