

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

ADI SOYADI	SINIFI	NO	TC KİMLİK NO	VELİSİ KİM
.....	ANNE <input type="checkbox"/> BABA <input type="checkbox"/> DİĞER:.....
Doğum Tarihi:.....	VELİ ADRESİ :			

ÖĞRENCİ GENEL BİLGİLERİ

Kiminle oturuyor?		Geçirdiği kaza	
Ailesiyle <input type="checkbox"/>	Annesiyle <input type="checkbox"/>	Kaza geçirmedi <input type="checkbox"/>	Trafik kazası <input type="checkbox"/> Ev kazası <input type="checkbox"/>
Babasıyla <input type="checkbox"/>	Velisiyle <input type="checkbox"/>	İş Kazası <input type="checkbox"/>	Okul kazası <input type="checkbox"/>
Oturduğu ev kira mı?		Geçirdiği ameliyat	
Kendi <input type="checkbox"/>	Kira <input type="checkbox"/> Lojman <input type="checkbox"/>	Ameliyatı yok <input type="checkbox"/>	Var ise ne ameliyatı :.....
Kendi odası var mı?		Kullandığı cihaz protez	
Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Protez yok <input type="checkbox"/>	Var ise ne protezi:.....
Ev ne ile ısınıyor?		Geçirdiği hastalık	
Elektrik <input type="checkbox"/>	Soba <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Menenjit <input type="checkbox"/> Çocuk felci <input type="checkbox"/>
Kalorifer <input type="checkbox"/>	Diğer :.....	Havale <input type="checkbox"/>	Sara <input type="checkbox"/> Diğer:.....
Okula nasıl geliyor?		Sürekli hastalığı	
Servisle <input type="checkbox"/>	Toplu taşıma <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Astım <input type="checkbox"/> Böbrek <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/>
Yürüyerek <input type="checkbox"/>	Ailesiyle <input type="checkbox"/>	Hepatit <input type="checkbox"/>	Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/>
Bir işte çalışıyor mu?		Siroz <input type="checkbox"/>	Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/>
Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Sürekli kullandığı ilaç	
Aile Dışında Kalan Var mı?		Yok <input type="checkbox"/>	Astım <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/>
Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Kardeş sayısı :.....	
Boy :.....cm		Burslu <input type="checkbox"/>	
Özel eğitim durumu		Taşınmalı <input type="checkbox"/>	
Evde eğitim alıyor <input type="checkbox"/>	2828 veya 5395 sayılı kanunlarına tabii <input type="checkbox"/>		
Hastanede eğitim alıyor <input type="checkbox"/>	Şehit Çocuğu <input type="checkbox"/>		
Kaynaştırma eğitimi alıyor <input type="checkbox"/>	Yurtdışından Geldi <input type="checkbox"/>		
Aile Gelir Durumu		Çok iyi <input type="checkbox"/> Çok kötü <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/>	

ÖĞRENCİ NUFUS CUZDANI BİLGİLERİ

Nüfus cüzdanı kayıt no	Veriliş tarihi	Kan grubu
------------------------	-------	----------------	-------	-----------	-------

BABA BİLGİLERİ

Öğrenim Durumu	
İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/>
Adı Soyadı	
Mesleği	
E-Posta Adresi	
T.C. Kimlik No	
Sürekli Hastalığı	
Yok <input type="checkbox"/>	Astım <input type="checkbox"/> Böbrek <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/>
Hepatit <input type="checkbox"/>	Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/>
Siroz <input type="checkbox"/>	Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/>
Engel Durumu Sağ <input type="checkbox"/> Olü <input type="checkbox"/>	
Yok <input type="checkbox"/>	Var ise ne:..... Öz <input type="checkbox"/> Üvey <input type="checkbox"/>
Tel (Ev)	
Tel (Cep)	
Tel (İş)	

ANNE BİLGİLERİ

Öğrenim Durumu	
İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/>
Adı Soyadı	
Mesleği	
E-Posta Adresi	
T.C. Kimlik No	
Sürekli Hastalığı	
Yok <input type="checkbox"/>	Astım <input type="checkbox"/> Böbrek <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/>
Hepatit <input type="checkbox"/>	Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/>
Siroz <input type="checkbox"/>	Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/>
Engel Durumu Sağ <input type="checkbox"/> Olü <input type="checkbox"/>	
Yok <input type="checkbox"/>	Var ise ne:..... Öz <input type="checkbox"/> Üvey <input type="checkbox"/>
Tel (Ev)	
Tel (Cep)	
Tel (İş)	

KARDEŞ BİLGİLERİ

S.N	ADI SOYADI	Mesleği	Sürekli Hastalığı	Evli/Bekar	Öğrenim Durumu	Birlikte mi?/Ayrı mı?
1	Yok <input type="checkbox"/> Var ise:.....	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
2	Yok <input type="checkbox"/> Var ise:.....	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
3	Yok <input type="checkbox"/> Var ise:.....	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
4	Yok <input type="checkbox"/> Var ise:.....	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
5	Yok <input type="checkbox"/> Var ise:.....	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
6	Yok <input type="checkbox"/> Var ise:.....	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
7	Yok <input type="checkbox"/> Var ise:.....	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
8	Yok <input type="checkbox"/> Var ise:.....	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>