**SAYIN VELİ;**

Çocuğunuzun bundan sonraki öğrenim hayatıyla ilgili işlemlerde aşağıdaki bilgiler kullanılacaktır. Bu nedenle sorulara verilecek cevaplarınızın doğru olması ve okunaklı bir şekilde doldurulması oldukça önemlidir. Bilgilerinizde değişiklik olduğunda mutlaka okulumuzu bilgilendiriniz.

İlginiz için teşekkür ederiz.

Mutlu BULUT

Öğretmen İbrahim Öztürk İlkokulu Müdürü

**ÖĞRENCİ TANIMA FORMU**

|  |
| --- |
| **Öğrencinin Adı Soyadı: Okul Numarası:** |
| **T.C. Kimlik No:**  |
| **Boy: Kilo: Kardeş Sayısı (Kendisi Dahil) ………** |
| **Velisinin adı:** |
| **Anne telefon numarası:**  |
| **Baba telefon numarası:**  |
| **Acil durumda aileye ulaşılamaması halinde aranacak kişi/ numarası:**  |
| **Ev adresi:** |
| **Kiminle Oturuyor? Ailesiyle Annesiyle Babasıyla Diğer: ………………………** |
| **Oturduğu Ev Kira mı? Kendinin Kira Lojman**  |
| **Kendi Odası Var mı? Var Yok** |
| **Ev Ne ile Isınıyor? Elektrikli Isıtıcı Soba Doğalgaz Diğer: ………………………** |
| **Okula Nasıl Geliyor? Ailesi ile Servisle Toplu Taşıma ile Yürüyerek** |
| **Evde Aile Dışında Kalan Var mı? Var Yok Evdeki Kişi Sayısı: ……….** |
| **Geçirdiği Kaza : Ev Kazası İş Kazası Okul Kazası Trafik Kazası Diğer: ……………****Kaza geçirmedi**  |
| **Geçirdiği Ameliyat: Apandisit Fıtık Göz Kalp Diğer: ………………****Ameliyatı Yok** |
| **Kullandığı Cihaz, Protez: Görsel İşitsel Ortopedik Diğer: ………………****Cihaz, Protez Yok** |
| **Geçirdiği Hastalık: Çocuk Felci Havale Menenjit Sara Diğer: ……………… Geçirmedi****Özel Eğitim Durumu: Evde Hastanede Kaynaştırma Yok** |
| **Varsa Alerjik Durumu:** |
| **Sürekli Hastalığı: Yok Var Hastalığı: ………………………………**  |
| **Sürekli Kullandığı İlaç: Yok Var İlacın Adı: ………………………………** |
| **Özür Durumu: Herhangi Bir Özrü Yok Davranış Bozukluğu Dil ve Konuşma Görme İşitme Ortopedik Hiperaktivite Zihinsel Otizm Öğrenme Güçlüğü** **Üstün Yetenek Diğer: ………………………………** |
| **Özel Durumu: Şehit Çocuğu Yurt Dışından Geldi Öksüz – Yetim Yok** |
| **Ailenin Gelir Durumu: Çok Kötü Düşük Orta İyi Çok İyi**  |
|  |
| **BABA BİLGİLERİ** |
| **T.C. Kimlik No:** |
| **Adı Soyadı:** |
| **Sağ / Ölü:** |
| **Doğum Yeri – Doğum Tarihi :** |
| **Öğrenim Durumu:** |
| **Mesleği:** |
| **İş Adresi:** |
| **E-Posta Adresi:** |
| **Birlikte/Ayrı:** |
| **Sürekli Hastalığı Varsa Adı:** |
| **Varsa Engel Durumu:** |
| **Tel (Ev):** |
| **Tel (Cep):** |
| **Tel (İş):** |
| **ANNE BİLGİLERİ** |
| **T.C. Kimlik No:** |
| **Adı Soyadı:** |
| **Sağ / Ölü:** |
| **Doğum Yeri – Doğum Tarihi:** |
| **Öğrenim Durumu:** |
| **Mesleği:** |
| **İş Adresi:**  |
| **E-Posta Adresi:**  |
| **Birlikte/Ayrı:** |
| **Sürekli Hastalığı Varsa Adı:** |
| **Varsa Engel Durumu:** |
| **Tel (Ev):** |
| **Tel (Cep):** |
| **Tel (İş):** |
| **ANASINIFI: OKUDU OKUMADI****ANASINIFI OKUDUYSA NEREDE OKUDU: ………………………….…………………………………** |
| **Bize söylemek istediğiniz başka özel bir durumunuz varsa lütfen yazınız:****………………………………………………………………………………………………………………** **……./……/2025** **Veli İmzası:** **Veli Adı Soyadı:** |