ANASINIFI ( ) 1.SINIF ( ) DİĞER ( )

**2017-2018 ÖĞRETİM YILI 23 NİSAN İLKOKULU**

**E- OKUL ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | | **VELİ BİLGİLERİ** | |
| T.C. Kimlik No(Öğrencinin) |  | Velisi Kim? |  |
| Adı Soyadı |  | Veli Adı Soyadı |  |
| Doğum Yeri |  | Sms No(Cep) |  |
| **BABA BİLGİLERİ** | |
| Doğum Tarihi |  | Adı Soyadı |  |
|  |  | Öğrenim Durumu |  |
| Kan Grubu |  | Mesleği |  |
| E-Posta Adresi |  |
| **GENEL BİLGİLER** | | Sağ/Ölü |  |
| Kiminle Oturuyor |  | Birlikte/Ayrı |  |
| Evi Kira mı? |  | Sürekli Hastalığı |  |
| Kendi Odası Var mı? |  | Engel Durumu |  |
| Ev Ne İle Isınıyor? |  | Ev Telefonu |  |
| Okula Nasıl Geliyor? |  | Cep Telefonu |  |
|  |  | İş Telefonu |  |
| Aile Dışında Kalan Var mı? |  | **ANNE BİLGİLERİ** | |
| Boy |  | Adı Soyadı |  |
| Özür Türü |  |
| Şehit Çocuğu |  | Öğrenim Durumu |  |
| Yurt Dışından Geldi |  | Mesleği |  |
|  |  | E-Posta Adresi |  |
|  |  | Sağ/Ölü |  |
| **SHÇEK**(Sosy.Hizm.Çocuk Esirgeme Kurumu) Tabi mi? |  | Birlikte/Ayrı |  |
| Sürekli Hastalığı |  |
| **Aile Gelir Durumu**; | Çok İyi ( )  Çok Kötü ( )  Düşük ( )  İyi ( )  Orta ( ) | Engel Durumu |  |
| Ev Telefonu |  |
| Cep Telefonu |  |
| Geçirdiği Kaza |  | İş Telefonu |  |
| Geçirdiği Ameliyat |  |  | |
| Kullandığı Protez |  |  |  |
| Geçirdiği Hastalık |  |  |  |
| Sürekli Hastalığı |  |  |  |
| Sürekli Kullandığı İlaç |  |  |  |
| Kardeş Sayısı |  |  | |
| Kilo |
| Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum.  ...../...../2017  Veli Ad Soyad........................................................................  İmza………………………………………. | | | |

**OKUL SÜTÜ DAĞITIMI İZİN FORMU (EK-3)**

Sayın Veli,

“Okul Sütü Programı” Millî Eğitim Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı iş birliği içinde öğrencilerimize süt içme alışkanlığını kazandırmak, dengeli beslenme yoluyla sağlıklı gelişmelerine destek olmak amacıyla hazırlanmıştır. Programla öğrencilerimize haftada 3 gün 200 ml’lik kutularda UHT süt dağıtılacaktır. Süte karşı hassasiyeti olan öğrencilerimizi tespit etmek ve uygulamaya ilişkin onayınızı almak amacıyla aşağıdaki form düzenlenmiştir. Formu doldurduktan sonra çocuğunuzun öğretmenine teslim ediniz.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İL/İLÇE ADI | İSTANBUL / EYÜP | | | | |
| OKULUN ADI | NEJAT SABUNCU İLKOKULU | | | | |
| ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI |  | | | | |
| SINIFI |  | | | | |
| YAŞI (YIL) |  | | | | |
| CİNSİYETİ | □ ERKEK | □ | KIZ |  |  |
| SÜT ALERJİSİ | □ VAR | □ | YOK | □ | BİLMİYORUM |
| SÜTÜ SEVEREK İÇER Mİ? | □ EVET | □ | HAYIR |  |  |
| NE SIKLIKLA SÜT İÇİYOR? | * HERGÜN * HAFTADA 2-3 GÜN * HAFTADA GÜN * ÇOK NADİR * HİÇ | | | | |

ÇOCUĞUMUN DAĞITILACAK OLAN SÜTTEN YARARLANMASINI

□ İSTİYORUM □ İSTEMİYORUM

TARİH : VELİ

AD SOYADI :

(İmza)

Not: Bu form öğretmen tarafından tüm öğrenciler için (dağıtılacak kuru üzümden yararlanmak isteyen veya istemeyen) Okul Sütü Modülüne girilecektir