รูปถ่าย

1 นิ้ว

# ใบสมัคร

## ศูนย์พัฒนาเด็กวัดสระแก้ว องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านผือ

## อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

**********

เขียนที่ ศูนย์พัฒนาเด็กวัดสระแก้ว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ข้อมูลเด็ก**

1. เด็กชื่อ –นามสกุล(ด.ช./ด.ญ.).....ชื่อเล่น.....

2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่ 16 พฤษภาคม.....)น้ำหนัก..... กก ส่วนสูง.....ซม.

เลขที่ประจำตัวประชาชน.....

โรคประจำตัว.....

3. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....

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

4. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....

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

5. บิดาชื่อ – นามสกุล.....

วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....

เบอร์โทรศัพท์.....

6. มารดาชื่อ – นามสกุล.....

วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....

เบอร์โทรศัพท์.....

มีพี่น้องร่วมบิดา – มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

**ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะเด็ก**

1. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ / รับผิดชอบของ

1.1 ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ทั้งบิดา – มารดาร่วมกัน

1.2 ☐ ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....

1.3 ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

2. ผู้ดูแลอุปการะเด็ก ตามข้อที่ 1

2.1 ชื่อ.....อาชีพ.....

2.2 มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท

2.3 ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

3. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....

โดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก เบอร์โทรศัพท์.....

**คำรับรอง**

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์วัดสระแก้วเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานถูกต้อง

2. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านผือ

3. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านผือและยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

# ใบมอบตัว

## ศูนย์พัฒนาเด็กวัดสระแก้ว องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านผือ

## อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

**********

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี

อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของ เด็กชาย/เด็กหญิง.....

เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์วัดสระแก้ว และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์วัดสระแก้ว ดังนี้

1. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์วัดสระแก้วอย่างเคร่งครัด
2. จะร่วมมือกับศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์วัดสระแก้วในการจัดการเรียนการสอน และขจัดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด

อนึ่งถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง.....เจ็บปวด/ป่วย/ได้รับอุบัติเหตุ จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาล หรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

**ผู้ส่งมอบเด็ก**

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

เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ข้อมูลทั่วไปของเด็ก**

1. ชื่อ(ด.ช./ด.ญ.).....ชื่อเล่น.....

2. เพศ ◯ หญิง ◯ ชาย

3. วันที่แรกรับ.....น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง(หรือความยาว).....เซนติเมตร

4. สภาพร่างกายและจิตใจโดยทั่วไปเมื่อแรกรับ.....

.....

.....

.....

5. สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา

◯ อยู่ด้วยกัน

◯ แยกกันอยู่

◯ อื่น ๆ (ระบุ)..... เด็กอยู่กับ.....

6. เป็นบุตรลำดับที่.....ในจำนวนบุตรทั้งหมด.....คน

7. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา

7.1 อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ ◯ ไม่มี ◯ มี ได้แก่.....

7.2 เด็กคลอดเมื่อ ◯ ครรภ์ครบกำหนด

◯ ครรภ์ไม่ครบกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์

7.3 ลักษณะการคลอด ◯ ปกติ

◯ ไม่ปกติ (โปรดระบุ เช่น ผ่าคลอด,ใช้เครื่องดูด,ใช้คีม เป็นต้น).....

7.4 ปัญหาของเด็กเมื่อแรกเกิด ◯ ไม่มี

◯ มี ได้แก่.....

8. การเลี้ยงดู

8.1 นมมารดา ให้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ.....เดือน

8.2 นมผสม เริ่มเมื่ออายุ.....เดือน

8.3 อาหารเสริมตามวัย เริ่มเมื่ออายุ.....เดือน

8.4 ประเภท ลักษณะ และจำนวนมื้อของอาหารเสริม.....

.....

9. บุคคลที่เลี้ยงดูตลอดเวลา

◯ บุคคลในครอบครัว(ระบุ).....

◯ พี่เลี้ยง

◯ จ้างเลี้ยง

◯ อื่น ๆ .....

10. ประวัติการเจ็บป่วย

◯ ไม่มี

◯ โรคที่เคยเป็น

◯ โรคประจำตัว

11. ประวัติการแพ้ยา

◯ ไม่มี

◯ มี ได้แก่.....

12. บุคคลที่ติดต่อได้ทันทีเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน.....

โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์กับเด็ก.....

13. ***อนึ่ง ถ้า (ด.ช./ด.ญ.).....เกิดเจ็บป่วยที่จำเป็นจะต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีก่อนแจ้งให้ทางบ้านทราบ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็น (บิดา/มารดา) ของ (ด.ช./ด.ญ.).....อนุญาตให้ทางศูนย์ฯ จัดการดูแลรักษาตามเห็นสมควร โดยข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด***

14. เวลารับ-ส่งเด็ก 07.30 น. – 16.30 น.

ลงชื่อ.....

(.....)

บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง

**รายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กและอื่น ๆ**

ด.ช./ด.ญ. .....อายุ.....ปี

1. การนอน

1.1 นอนวันละกี่ครั้ง.....

1.2 เวลานอนของเด็ก.....

1.3 เด็กแสดงอาการอย่างไรเมื่อต้องการนอน.....

1.4 ขณะที่นอนจะต้องนอนกอดหมอน กอดผ้า ดูดผ้าหรือไม่.....

1.5 นอนในที่เสียงดังหรือเงียบสงบ.....

2. การขับถ่าย

2.1 เมื่อจะปัสสาวะบอกได้หรือไม่.....

2.2 จะสังเกตปฏิกิริยาได้อย่างไรเมื่อปวดปัสสาวะ.....

2.3 ได้รับการฝึกหัดในการปัสสาวะอย่างไร.....

2.4 ถ่ายอุจจาระวันละกี่ครั้ง.....ขับถ่ายเวลา.....

2.5 ลักษณะของอุจจาระ.....มีท้องผูกหรือไม่.....

2.6 เมื่อจะอุจจาระ จะสังเกตปฏิกิริยาได้อย่างไร.....

2.7 ได้รับการฝึกหัดในการถ่ายอุจจาระอย่างไร.....

3. การรับประทานอาหาร

3.1 นม

(1) ให้นมอะไร.....

(2) ให้นมวันละกี่ครั้ง.....จำนวนนมที่ได้รับ/วัน.....

(3) เวลาที่ให้นม.....

3.2 อาหารเสริม

(1) อาหารเสริมที่ให้ปัจจุบัน.....

(2) จำนวนอาหารเสริมที่ให้.....

(3) มีการฝึกให้ช่วยตัวเองในการรับประทานอาหารอย่างไร.....

.....

3.3 อาหารที่เด็กเคยรับประทานแล้วแพ้

◯ ไม่มี

◯ มี อาการแสดงการแพ้อาหาร ได้แก่

- ไม่ยอมรับประทานอาหารหรือทานได้น้อย
- ท้องผูก ถ่ายแข็ง
- อื่นๆ .....

4. สุขภาพทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย มีไข้แล้วชักหรือไม่ เคยป่วยเป็นหัด คางทูม หัดเยอรมันแล้วหรือยัง การเจ็บป่วยอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

5. สุขภาพของปากและฟัน เคยตรวจประจำสม่ำเสมอ.....ครั้ง/ปี
ปัญหาที่พบมีอะไรบ้าง วิธีแก้ไข เด็กชอบขนมหวานหรือไม่

.....

.....

.....

.....

.....

6. พฤติกรรมที่ทำเป็นนิสัย พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ต้องได้รับการแก้ไข การดูดนิ้ว ศีรษะโขกพื้นเวลาโกรธ กระทืบเท้า ทำร้ายผู้อื่น ติดของ เช่น หมอน ผ้าห่ม ตุ๊กตา ฯลฯ กัดเล็บเป็นประจำ ฯลฯ

.....

.....

.....

.....

.....

7. สิ่งที่เด็กชอบ และไม่ชอบ (ชอบอาบน้ำอุ่น ไม่ชอบดื่มน้ำร้อน ฯลฯ)

.....

.....

.....

.....

.....

8. ความสามารถหรือความสนใจเป็นพิเศษของเด็ก เช่น ชอบวาดรูป ชอบระบายสี ชอบร้องเพลง

.....

.....

.....

.....

## การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

ชื่อ (ด.ช./ด.ญ.).....วัน/เดือน/ปี เกิด.....

| รายการ | อายุที่ควรได้รับ | เด็กได้รับเมื่ออายุ (หรือเมื่อวันที่) |
|---|---|---|
| 1. วัคซีนป้องกันวัณโรค | แรกเกิด | |
| 2. วัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (DPT) และหยอดวัคซีนป้องกันโปลิโอ (OPV) | ครั้งที่ 1 อายุ 2 เดือน | |
| | ครั้งที่ 2 อายุ 4 เดือน | |
| | ครั้งที่ 3 อายุ 6 เดือน | |
| | กระตุ้นครั้งที่ 1 อายุ 1 ปี 6 เดือน | |
| | กระตุ้นครั้งที่ 2 อายุ 4-5 ปี | |
| 3. วัคซีนป้องกันโรคหัด | อายุ 9 เดือน | |
| 4. วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมันคางทูม | อายุ 15 เดือน | |
| 5. วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ | ครั้งที่ 1 อายุแรกเกิด – 1 เดือน | |
| | ครั้งที่ 2 อายุ 2-3 เดือน | |
| | ครั้งที่ 3 อายุ 6-7 เดือน | |
| 6. วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบ | ครั้งที่ 1 อายุ 1-3 ปี | |
| | ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1-2 สัปดาห์ | |
| | ครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งแรก 1 ปี | |
| 7. อื่น ๆ | | |