



T.C.
ATAŞEHİR KAYMAKAMLIĞI
ATAŞEHİR ADIGÜZEL EĞİTİM KURUMLARI
İLKOKULU / ORTAOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

20...../20..... Eğitim Öğretim Yılı

Öğrencinin Adı Soyadı: TC Kimlik No:

Sınıfı : No: Anne :.....Mesleği:

Doğum Tarihi : ... / ... / Tel (İş) : (0) GSM: (0)

Kan Grubu : (...) Grubu Rh () Baba :.....Mesleği:

E-Posta :@.....Tel (İş) : (0) GSM: (0)

Veliye ulaşamadığımızdaki arayacağımız kişi (ler):

1. Adı Soyadı:Yakınlık Derecesi: Tel: (0)

2. Adı Soyadı:Yakınlık Derecesi: Tel: (0)

Çocuk Dr. Adı Soyadı:Tel: (0) GSM: (0)

ÖĞRENCİNİN:

▪ Herhangi bir maddeye karşı alerjisi var mı? İlaç

Gıda..... Diğer

▪ Alerji nedeniyle acil tedavi gereksinimi oldu mu?

Alerji için antihistaminik tablet

Ani gelişen alerjik reaksiyon nedeniyle acil serviste avil, kortizon veya adrenalin enjeksiyonu.....

Ailede kalıtsal bir hastalık var mı? Şeker (Diyabet) Kalp hastalığı Sara Nöbeti

Diğer

▪ Doğum sonrasında bir sağlık sorunu yaşandı mı? Uzamış Sarılık Kuvöze konma Kan değişimi

İnmemiş testis Doğumsal kalça çıkığı İçe veya dışa basma Düztabanlık

Diğer.....

▪ Geçirmiş olduğu bulaşıcı hastalıklar: Kızamık Kızamıkçık Kızıl Suçiçeği

Boğmaca 5. Hastalık Kabakulak Covid-19

..Diğer.....

▪ Herhangi bir kaza veya ameliyat geçirdi mi?.....

▪ Uzun tedavi gerektiren bir hastalık geçirdi mi? Eklem romatizması Nefrit Tüberküloz

Diğer

▪ Halen sürekli gözetim gerektiren veya sık tekrarlayan bir hastalığı var mı? Bronşiyal astım Diyabet

Boğaz enfeksiyonu Sinüzit Orta kulak iltihabı Bronşit İdrar Yolu Enfeksiyonu

Görme sorunu

İşitme sorunu

Diğer

▪ Sürekli kullandığı ilaç(lar) var mı? (Lütfen doz ve verilme sıklığını belirtiniz)

Öğrenci Velisinin

Adı Soyadı, İmza