

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ GÜNCELLEME FORMU

* Aşağıdaki öğrenci ve veli bilgileri E-Okul bilgi sistemine girilmek üzere güncelleneceğinden, bilgilerin doğru olarak giriniz.

** Seçeneklerde verilen bilgilerden size uygun olan kutunun içine çarpı koyunuz.

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrencinin Adı Soyadı :		Sınıfı :		Okul No :	
Öğrenci Velisi				SMS(Mesaj) İstemiyor <input type="checkbox"/>	
Anne <input type="checkbox"/>	Dayı <input type="checkbox"/>	Kardeş <input type="checkbox"/>	Müdür <input type="checkbox"/>	SMS (Mesaj) gönderilecekse kimlere?	
Baba <input type="checkbox"/>	Hala <input type="checkbox"/>	Büyükanne <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	Anne <input type="checkbox"/>	Baba <input type="checkbox"/>
Amca <input type="checkbox"/>	Teyze <input type="checkbox"/>	Büyükbaba <input type="checkbox"/>		Baba Veli <input type="checkbox"/>	Anne - Baba <input type="checkbox"/>
				Anne Veli <input type="checkbox"/>	Anne-Baba-Veli <input type="checkbox"/>

ÖĞRENCİ GENEL BİLGİLERİ

Kiminle Oturuyor?		Geçirdiği Kaza		İş Kazası	
Ailesiyle <input type="checkbox"/>	Babasıyla <input type="checkbox"/>	Annesiyle <input type="checkbox"/>	Velisiyle <input type="checkbox"/>	Kaza Geçirmedi <input type="checkbox"/>	İş Kazası <input type="checkbox"/>
Oturduğu Ev Kira mı?		Geçirdiği Ameliyatlar		Kalp	
Kendilerinin <input type="checkbox"/>	Lojman <input type="checkbox"/>	Kira <input type="checkbox"/>	Ameliyatı yok <input type="checkbox"/>	Kalp <input type="checkbox"/>	
Kendi odası var mı?		Kullandığı cihaz-protez		Görsel	
Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Cihaz-protez yok <input type="checkbox"/>		Ortopedik <input type="checkbox"/>	
Ev ne ile ısıtıyor?		Geçirdiği hastalıklar		Diğer	
Soba <input type="checkbox"/>	Kalorifer <input type="checkbox"/>	Elektrikli ısıtıcı <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	Hastalık geçirmedi <input type="checkbox"/>	Havale <input type="checkbox"/>
Okula nasıl geliyor?		Geçirdiği hastalıklar		Diğer	
Servisle <input type="checkbox"/>	Toplu taşıma <input type="checkbox"/>	Yürüyerek <input type="checkbox"/>		Çocuk felci <input type="checkbox"/>	Menenjit <input type="checkbox"/>
Boy.....cm	Kilo.....kg	Sürekli hastalığı		Sürekli hastalığı yok	
Kardeş Sayısı		Sürekli hastalığı yok <input type="checkbox"/>		Tansiyon <input type="checkbox"/>	Felç <input type="checkbox"/>
Bir işte çalışıyor mu?		Böbrek yetmezliği <input type="checkbox"/>		Astım <input type="checkbox"/>	Hepatit <input type="checkbox"/>
Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Alzheimer <input type="checkbox"/>		Kanser <input type="checkbox"/>	Sara <input type="checkbox"/>
Aile dışında kalan var mı?		Parkinson <input type="checkbox"/>		Siroz <input type="checkbox"/>	Şeker <input type="checkbox"/>
Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Kalp <input type="checkbox"/>		Verem <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
OKS ve DPY-B Başvuru Proramını Etkileyen Özur Durumları		Şehit Çocuğu <input type="checkbox"/>		Yatılı <input type="checkbox"/>	Burslu <input type="checkbox"/>
		Yurt dışından geldi <input type="checkbox"/>		Taşımali <input type="checkbox"/>	2828 SHÇEK Kanununa tabii <input type="checkbox"/>
Varsa Engel Türü		Ortopedik: Alt bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>		Zihinsel <input type="checkbox"/>	
Herhangi bir özürlü yok <input type="checkbox"/>		Ortopedik: Üst bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>		Serebral persi <input type="checkbox"/>	
Davranış bozukluğu <input type="checkbox"/>		Ortopedik: Alt ve üst bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>		Üstün yetenek <input type="checkbox"/>	
Dil ve konuşma bozukluğu <input type="checkbox"/>		Ruhsal ve duyuşsal: Hiperaktivite <input type="checkbox"/>		Otizm <input type="checkbox"/>	
Görme: Az gören <input type="checkbox"/>		Ruhsal ve duyuşsal: Özel öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/>		İşitme özürlü <input type="checkbox"/>	
Görme: Görmeyen <input type="checkbox"/>		Ruhsal ve duyuşsal:Özel öğrenme güçlüğü ve Hiperaktivite <input type="checkbox"/>		Süreğen hastalığı var <input type="checkbox"/>	
Ailenin Gelir Durumu (Sınıf öğretmenleri bu bilgilerin doğruluğunu kontrol etmelidir)					
Çok iyi <input type="checkbox"/>		İyi <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>	Düşük <input type="checkbox"/>	Çok kötü <input type="checkbox"/>

NÜFUS BİLGİLERİ

Nüfus Cüzdan Kayıt No:	Veriş Tarihi:/...../.....	Kan Grubu:
-------------------------------------	--	-------------------------

VELİ BİLGİLERİ

NOT: Velisi anne ve baba olanlar bu bölümü doldurmayacaklardır.					
Adı Soyadı:		T.C.Kimlik No:		Yakınlık Derecesi:	
Öğrenim Durumu:					
Okuma yazma bilmiyor <input type="checkbox"/>	İlköğretim <input type="checkbox"/>	Yüksekokul (2 Yıllık) <input type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>		
İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/>	Eğitim Enstiusü (3 Yıllık) <input type="checkbox"/>	Lisans üstü <input type="checkbox"/>		
İlköğretim öğrencisi <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>	Lisans Mezunu <input type="checkbox"/>			
Mesleği:					
Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/>	Öğretmen (Devlet Okulları) <input type="checkbox"/>	Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>	Emniyet <input type="checkbox"/>		
İç İşleri Bakanlığı (Mülki İdare Amiri) <input type="checkbox"/>	MEB Personeli <input type="checkbox"/>	Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/>	Memur (MEB Dışında) <input type="checkbox"/>	Emekli (Bağkur) <input type="checkbox"/>			
Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/>	MSB (TSK-Subay) <input type="checkbox"/>	SSK <input type="checkbox"/>			
Özel Sektöre İşçi <input type="checkbox"/>	Astsubay <input type="checkbox"/>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>			
Elektronik Posta Adresi:					
Ev Telefonu:		Cep Telefonu:		İş Telefonu:	

BABA BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No:	AdıSoyadı:	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>		
Doğum Yeri:	Doğum Tarihi:	Birlikte <input type="checkbox"/>	Ayrı <input type="checkbox"/>		
Öğrenim Durumu:	Okuma yazma bilmiyor <input type="checkbox"/>	İlköğretim <input type="checkbox"/>	Yüksekokul (2 Yıllık) <input type="checkbox"/>	Lisans üstü <input type="checkbox"/>	
	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/>	Eğitim Enstitüsü (3 Yıllık) <input type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>	
	İlköğretim öğrencisi <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>	Lisans Mezunu <input type="checkbox"/>		
Sürekli Hastalığı:	Sürekli hastalığı yok <input type="checkbox"/>	Kalp <input type="checkbox"/>	Hepatit <input type="checkbox"/>	Verem <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>
	Böbrek yetmezliği <input type="checkbox"/>	Astım <input type="checkbox"/>	Felç <input type="checkbox"/>	Siroz <input type="checkbox"/>	Tansiyon <input type="checkbox"/>
	Alzheimer <input type="checkbox"/>	Kanser <input type="checkbox"/>	Şeker <input type="checkbox"/>	Sara <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Varsa Engel Türü	Ortopedik: Alt bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Zihinsel <input type="checkbox"/>			
Herhangi bir özrü yok <input type="checkbox"/>	Ortopedik: Üst bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Serebral persi <input type="checkbox"/>			
Davranış bozukluğu <input type="checkbox"/>	Ortopedik: Alt ve üst bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Üstün yetenek <input type="checkbox"/>			
Dil ve konuşma bozukluğu <input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duygusal: Hiperaktivite <input type="checkbox"/>	Otizm <input type="checkbox"/>			
Görme: Az gören <input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duygusal: Özel öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/>	İşitme özürü <input type="checkbox"/>			
Görme: Görmeyen <input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duygusal: Özel öğrenme güçlüğü ve Hiperaktivite <input type="checkbox"/>	Süreçen hastalığı var <input type="checkbox"/>			
Mesleği:	Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/>	Öğretmen (Devlet Okulları) <input type="checkbox"/>	Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>		
	İç İşleri Bakanlığı (Mülki İdare Amiri) <input type="checkbox"/>	MEB Personeli <input type="checkbox"/>	Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/>		
	Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/>	Memur (MEB Dışında) <input type="checkbox"/>	Emekli (Bağkur) <input type="checkbox"/>		
	Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/>	MSB (TSK-Subay) <input type="checkbox"/>	SSK <input type="checkbox"/>		
	Özel Sektöre İşçi <input type="checkbox"/>	Astsubay <input type="checkbox"/>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>		
	Emniyet <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
Elektronik Posta Adresi:					
Ev Telefonu:	Cep Telefonu:	İş Telefonu:			

ANNE BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No:	AdıSoyadı:	Sağ <input type="checkbox"/>	Ölü <input type="checkbox"/>		
Doğum Yeri:	Doğum Tarihi:	Birlikte <input type="checkbox"/>	Ayrı <input type="checkbox"/>		
Öğrenim Durumu:	Okuma yazma bilmiyor <input type="checkbox"/>	İlköğretim <input type="checkbox"/>	Yüksekokul (2 Yıllık) <input type="checkbox"/>	Lisans üstü <input type="checkbox"/>	
	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/>	Eğitim Enstitüsü (3 Yıllık) <input type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>	
	İlköğretim öğrencisi <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>	Lisans Mezunu <input type="checkbox"/>		
Sürekli Hastalığı:	Sürekli hastalığı yok <input type="checkbox"/>	Kalp <input type="checkbox"/>	Hepatit <input type="checkbox"/>	Verem <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>
	Böbrek yetmezliği <input type="checkbox"/>	Astım <input type="checkbox"/>	Felç <input type="checkbox"/>	Siroz <input type="checkbox"/>	Tansiyon <input type="checkbox"/>
	Alzheimer <input type="checkbox"/>	Kanser <input type="checkbox"/>	Şeker <input type="checkbox"/>	Sara <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Varsa Engel Türü	Ortopedik: Alt bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Zihinsel <input type="checkbox"/>			
Herhangi bir özrü yok <input type="checkbox"/>	Ortopedik: Üst bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Serebral persi <input type="checkbox"/>			
Davranış bozukluğu <input type="checkbox"/>	Ortopedik: Alt ve üst bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Üstün yetenek <input type="checkbox"/>			
Dil ve konuşma bozukluğu <input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duygusal: Hiperaktivite <input type="checkbox"/>	Otizm <input type="checkbox"/>			
Görme: Az gören <input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duygusal: Özel öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/>	İşitme özürü <input type="checkbox"/>			
Görme: Görmeyen <input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duygusal: Özel öğrenme güçlüğü ve Hiperaktivite <input type="checkbox"/>	Süreçen hastalığı var <input type="checkbox"/>			
Mesleği:	Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/>	Öğretmen (Devlet Okulları) <input type="checkbox"/>	Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>		
	İç İşleri Bakanlığı (Mülki İdare Amiri) <input type="checkbox"/>	MEB Personeli <input type="checkbox"/>	Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/>		
	Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/>	Memur (MEB Dışında) <input type="checkbox"/>	Emekli (Bağkur) <input type="checkbox"/>		
	Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/>	MSB (TSK-Subay) <input type="checkbox"/>	SSK <input type="checkbox"/>		
	Özel Sektöre İşçi <input type="checkbox"/>	Astsubay <input type="checkbox"/>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>		
	Emniyet <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
Elektronik Posta Adresi:					
Ev Telefonu:	Cep Telefonu:	İş Telefonu:			

Herhangi bir doğal afet veya acil durumlarda, çocuğumun aşağıda isimleri yazılı kişilerden başkasına teslim edilmesini istemiyorum.

...../...../.....

S.No:	Adı Soyadı	Yakınlık Derecesi
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Bilgiler tarafımdan doldurulmuştur.

Ad Soyad :

İmza :