

**KABASAKAL ŞEHİT SELÇUK BEKİ İLOKULU /ORTAOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**  
**20....-20... EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI**  
**E-OKUL ÖĞRENCİ BİLGİ GÜNCELLEME FORMU**

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		Velisi Kim	<input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> .....
Sınıfı		Okul No	

ÖĞRENCİ GENEL VE ÖZEL BİLGİLERİ			
Kiminle Oturuyor	<input type="checkbox"/> Ailesiyle	<input type="checkbox"/> Annesiyle	<input type="checkbox"/> Babasıyla <input type="checkbox"/> Velisiyle
Oturduğu Ev Kira Mı?	<input type="checkbox"/> Kendilerinin	<input type="checkbox"/> Kira	<input type="checkbox"/> Lojman
Kendi Odası Var Mı?	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	
Ev Ne ile Isınıyor	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Elektrikli Isıtıcı	<input type="checkbox"/> Kalorifer <input type="checkbox"/> Soba
Okula Nasıl Geliyor	<input type="checkbox"/> Ailesiyle	<input type="checkbox"/> Servisle	<input type="checkbox"/> Toplu Taşıma <input type="checkbox"/> Yürüyerek
Bir İşte Çalışıyor Mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Aile Dışında Kalan Var Mı	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	
Geçirdiği Kaza	<input type="checkbox"/> Kaza Geçirmedi	<input type="checkbox"/> Ev Kazası	<input type="checkbox"/> İş Kazası <input type="checkbox"/> Okul Kazası <input type="checkbox"/> Trafik Kazası
Geçirdiği Ameliyat	<input type="checkbox"/> Ameliyatı Geçirmedi	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Apandist <input type="checkbox"/> Fıtık <input type="checkbox"/> Göz <input type="checkbox"/> Kalp
Kullandığı Cihaz Protez	<input type="checkbox"/> Cihaz Protez Yok	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Görsel <input type="checkbox"/> İşitsel <input type="checkbox"/> Ortopedik
Geçirdiği Hastalık	<input type="checkbox"/> Hastalık Geçirmedi	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Çocuk Felci <input type="checkbox"/> Havale <input type="checkbox"/> Menenjit <input type="checkbox"/> Sara
Sürekli Hastalığı	<input type="checkbox"/> Sürekli Hastalığı Yok	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği
	<input type="checkbox"/> Felç	<input type="checkbox"/> Hepatit	<input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson
	<input type="checkbox"/> Sara	<input type="checkbox"/> Siroz	<input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem
Sürekli Kullandığı İlaç	<input type="checkbox"/> Kullandığı İlaç Yok	<input type="checkbox"/> Astım	<input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Şeker
Kardeş Sayısı (Kendisi Hariç)	.....	Boy	.....cm <b>Kilo</b> .....
			..... kg
Hanede yaşayan kişi sayısı: .....		Aile Gelir Durumu:	<input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> Çok Kötü <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta

ÖĞRENCİ NÜFUS CÜZDANI BİLGİLERİ			
Cüzdan Kayıt No		Kan Grubu	
Cüzdanın Veriliş Tarihi	...../...../.....	Dini	

BABA BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		Öğrenim Durumu	
Mesleği		E-posta	
Telefon	Cep Telefonu:	Ev Telefonu:	İş Telefonu:
Sürekli Hastalığı	<input type="checkbox"/> Sürekli Hastalığı Yok	<input type="checkbox"/> Diğer	
Engel Durumu	<input type="checkbox"/> Herhangi bir özrü yok	<input type="checkbox"/> Özür varsa özür türünü yazınız : .....	

ANNE BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		Öğrenim Durumu	
Mesleği		E-posta	
Telefon	Cep Telefonu:	Ev Telefonu:	İş Telefonu:
Sürekli Hastalığı	<input type="checkbox"/> Sürekli Hastalığı Yok	<input type="checkbox"/> Diğer	
Engel Durumu	<input type="checkbox"/> Herhangi bir özrü yok	<input type="checkbox"/> Özür varsa özür türünü yazınız : .....	

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan eder, bu bilgilerde yanlışlık olduğu takdirde doğacak sonuçlardan sorumlu olduğumu kabul ederim.

...../...../20....

İmza:.....

Veli Adı Soyadı:.....