



ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

Lütfen bu formda istenilen bilgileri eksiksiz olarak doldurunuz.

Bu bilgiler öğrencimizin E-OKUL veri tabanı bilgilerinin tam olmasını ve okul hayatı ile ilgili işlemlerinin daha sağlıklı yürütülmesini sağlayacaktır.

ÖĞRENCİ ADI - SOYADI:		SINIFI:
TC KİMLİK NO:		OKUL NO:
VELİSİ KİM		ÖĞRENCİ KAN GRUBU:
EV ADRESİ:		
	İLÇE:	İL:
ÖĞRENCİ CEP TELEFONU:		

ÖĞRENCİ GENEL BİLGİLERİ:

KARDEŞ SAYISI	:			
KİMİNLE OTURUYOR	:			
OTURDUĞU EV KİRAMI	<input type="checkbox"/> KENDİLERİNİN	<input type="checkbox"/> KİRA	<input type="checkbox"/> LOJMAN	
KENDİ ODASI VARMİ:	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK		
EV NE İLE ISINIYOR:	<input type="checkbox"/> DOĞALGAZ-KOMBI	<input type="checkbox"/> KALORİFER	<input type="checkbox"/> SOBA	<input type="checkbox"/> ELEKTRİK ISITICI
OKULA NASIL GELİYOR	<input type="checkbox"/> AİLESİYLE	<input type="checkbox"/> SERVİSLE	<input type="checkbox"/> YÜRÜYEREK	<input type="checkbox"/> TOPLU TAŞIMA
ANNE-BABA DIŞINDA EVDE KALAN VAR MI?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR		
GEÇİRDİĞİ CİDDİ KAZA	<input type="checkbox"/> KAZA GEÇİRMEDİ	<input type="checkbox"/> TRAFİK KAZASI	<input type="checkbox"/> EV KAZASI	<input type="checkbox"/> DİĞER
GEÇİRDİĞİ CİDDİ AMELİYAT	<input type="checkbox"/> AMELİYAT YOK	<input type="checkbox"/> APANDİSİT	<input type="checkbox"/> FITİK	<input type="checkbox"/> DİĞER
KULLANDIĞI CİHAZ PROTEZ	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/>		
GEÇİRDİĞİ CİDDİ HASTALIK	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/>		
SÜREKLİ CİDDİ HASTALIĞI	<input type="checkbox"/> SÜREKLİ HASTALIĞI YOK	<input type="checkbox"/> DİĞER		
SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/> DİĞER		
HANEDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI				

Seçmeyi Düşündüğünüz Meslek;

Aldığınız Ödül Ve Belgeler var mı? Varsa yazınız;

Boş Zamanlarınızı Nasıl Değerlendirirsiniz ?

Ders Dışı Faaliyetleriniz (İlgi alanlarınızı yazınız)

Lisanslı olduğunuz bir spor dalı var mı?

Bilimsel projelerde görev aldınız mı? Görev aldıysanız yazınız.

PAYLAŞMAK İSTEDİĞİNİZ FARKLI BİR KONU VAR MI?

SMS SİSTEMİ İÇİN TELEFON NUMARASI	:	0	5						
-----------------------------------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

ÖĞRENCİ BABA BİLGİLERİ

ADI:	SOYADI:	
CEP TELEFONU:	EV TELEFONU:	
E POSTA ADRESİ:	İŞ TELEFONU:	DAHİLİ:
İŞ ADRESİ:		

İLÇE:	İL:
-------	-----

<input type="checkbox"/> SAĞ	<input type="checkbox"/> VEFAT ETMİŞ	<input type="checkbox"/> BİRLİKTE	<input type="checkbox"/> BOŞANMIŞ
------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

ÖĞRENİM DURMU	<input type="checkbox"/> OKUMA YAZMA BİLMİYOR	<input type="checkbox"/> OKUMA YAZMA BİLİYOR	<input type="checkbox"/> İLKOKUL	<input type="checkbox"/> İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİSİ
	<input type="checkbox"/> İLKÖĞRETİM	<input type="checkbox"/> ORTAOKUL	<input type="checkbox"/> LİSE	<input type="checkbox"/> YÜKSEK OKUL(2 YILLIK)
	<input type="checkbox"/> 3 YILLIK EĞİTİM ENSTİTÜSÜ	<input type="checkbox"/> LİSANS	<input type="checkbox"/> LİSANS ÜSTÜ	<input type="checkbox"/> DOKTORA

MESLEĞİ	<input type="checkbox"/> ÖĞRETMEN	<input type="checkbox"/> HAKİM / SAVCI	<input type="checkbox"/> BAĞKUR MENSUBU	<input type="checkbox"/> MEMUR (MEB DIŞINDA)
	<input type="checkbox"/> ÇALIŞMIYOR	<input type="checkbox"/> İÇ İŞLERİ BKNLĞİ(EMNYET)	<input type="checkbox"/> SUBAY/ASTSUBAY	<input type="checkbox"/> KAMU KURUMUNDA İŞÇİ
	<input type="checkbox"/> KAMU KURUMUNDA SÖZLEŞMELİ	<input type="checkbox"/> ÖZEL SEKTÖRDE İŞÇİ	<input type="checkbox"/> MEB PERSONELİ	
	<input type="checkbox"/> EMEKLİ(BAĞKUR/SSK/EMKLİ SANDIĞI)	<input type="checkbox"/> DİĞER		

SOSYAL GÜVENCE	<input type="checkbox"/> BAĞKUR	<input type="checkbox"/> SSK	<input type="checkbox"/> EMEKLİ SANDIĞI	<input type="checkbox"/> ÖZEL SİGORTA	<input type="checkbox"/> YEŞİL KARY	<input type="checkbox"/> YOK
----------------	---------------------------------	------------------------------	---	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

SÜREKLİ CİDDİ HASTALIĞI	<input type="checkbox"/> SÜREKLİ HASTALIĞI YOK	<input type="checkbox"/> ALZHEİMER	<input type="checkbox"/> ASTİM	<input type="checkbox"/> PARKİNSON	<input type="checkbox"/> SARA
	<input type="checkbox"/> BÖBREK YETMEZLİĞİ	<input type="checkbox"/> KANSER	<input type="checkbox"/> SİROZ	<input type="checkbox"/> ŞEKER	<input type="checkbox"/> FELÇ
	<input type="checkbox"/> VEREM	<input type="checkbox"/> TANSİYON	<input type="checkbox"/> KALP	<input type="checkbox"/> HEPATİT	<input type="checkbox"/> DİĞER

ENGEL DURUMU	<input type="checkbox"/> ÖZRÜ YOK	<input type="checkbox"/> DAVRANIŞ BOZUKLUĞU	<input type="checkbox"/> RUHSAL VE DUYGUSAL-HİPERAKTİVİTE	<input type="checkbox"/> ALT VE ÜST BEDEN KULLANAMIYOR	
	<input type="checkbox"/> İŞİTME ÖZÜRLÜ	<input type="checkbox"/> SÜREĞEN HASTALIĞI VAR	<input type="checkbox"/> SEREBRAL PARSİ	<input type="checkbox"/> AZ GÖRME	<input type="checkbox"/> GÖRMEYEN
	<input type="checkbox"/> ÜSTÜN YETENEK	<input type="checkbox"/> ÜST BEDEN KULLANAMIYOR	<input type="checkbox"/> ALT BEDEN KULLANAMIYOR	<input type="checkbox"/> DİL VE KONUŞMA	<input type="checkbox"/> OTİZM
	<input type="checkbox"/> RUHSAL VE DUYGUSAL-ÖZEL&ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ	<input type="checkbox"/> DUYGUSAL VE RUHSAL-ÖZEL&ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ VE HİPERAKTİVİTE		<input type="checkbox"/> ZİHİNSEL	

ÖĞRENCİ ANNE BİLGİLERİ

ADI:	SOYADI:	
CEP TELEFONU:	EV TELEFONU:	
E POSTA ADRESİ:	İŞ TELEFONU:	DAHİLİ:
İŞ ADRESİ:		

İLÇE:	İL:
-------	-----

<input type="checkbox"/> SAĞ	<input type="checkbox"/> VEFAT ETMİŞ	<input type="checkbox"/> BİRLİKTE	<input type="checkbox"/> BOŞANMIŞ
------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

ÖĞRENİM DURMU	<input type="checkbox"/> OKUMA YAZMA BİLMİYOR	<input type="checkbox"/> OKUMA YAZMA BİLİYOR	<input type="checkbox"/> İLKOKUL	<input type="checkbox"/> İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİSİ
	<input type="checkbox"/> İLKÖĞRETİM	<input type="checkbox"/> ORTAOKUL	<input type="checkbox"/> LİSE	<input type="checkbox"/> YÜKSEK OKUL(2 YILLIK)
	<input type="checkbox"/> 3 YILLIK EĞİTİM ENSTİTÜSÜ	<input type="checkbox"/> LİSANS	<input type="checkbox"/> LİSANS ÜSTÜ	<input type="checkbox"/> DOKTORA

MESLEĞİ	<input type="checkbox"/> ÖĞRETMEN	<input type="checkbox"/> HAKİM / SAVCI	<input type="checkbox"/> BAĞKUR MENSUBU	<input type="checkbox"/> MEMUR (MEB DIŞINDA)
	<input type="checkbox"/> ÇALIŞMIYOR	<input type="checkbox"/> İÇ İŞLERİ BKNLĞİ(EMNYET)	<input type="checkbox"/> SUBAY/ASTSUBAY	<input type="checkbox"/> KAMU KURUMUNDA İŞÇİ
	<input type="checkbox"/> KAMU KURUMUNDA SÖZLEŞMELİ	<input type="checkbox"/> ÖZEL SEKTÖRDE İŞÇİ	<input type="checkbox"/> MEB PERSONELİ	
	<input type="checkbox"/> EMEKLİ(BAĞKUR/SSK/EMKLİ SANDIĞI)	<input type="checkbox"/> DİĞER		

SOSYAL GÜVENCE	<input type="checkbox"/> BAĞKUR	<input type="checkbox"/> SSK	<input type="checkbox"/> EMEKLİ SANDIĞI	<input type="checkbox"/> ÖZEL SİGORTA	<input type="checkbox"/> YEŞİL KARY	<input type="checkbox"/> YOK
----------------	---------------------------------	------------------------------	---	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

SÜREKLİ CİDDİ HASTALIĞI	<input type="checkbox"/> SÜREKLİ HASTALIĞI YOK	<input type="checkbox"/> ALZHEİMER	<input type="checkbox"/> ASTİM	<input type="checkbox"/> PARKİNSON	<input type="checkbox"/> SARA
	<input type="checkbox"/> BÖBREK YETMEZLİĞİ	<input type="checkbox"/> KANSER	<input type="checkbox"/> SİROZ	<input type="checkbox"/> ŞEKER	<input type="checkbox"/> FELÇ
	<input type="checkbox"/> VEREM	<input type="checkbox"/> TANSİYON	<input type="checkbox"/> KALP	<input type="checkbox"/> HEPATİT	<input type="checkbox"/> DİĞER

ENGEL DURUMU	<input type="checkbox"/> ÖZRÜ YOK	<input type="checkbox"/> DAVRANIŞ BOZUKLUĞU	<input type="checkbox"/> RUHSAL VE DUYGUSAL-HİPERAKTİVİTE	<input type="checkbox"/> ALT VE ÜST BEDEN KULLANAMIYOR	
	<input type="checkbox"/> İŞİTME ÖZÜRLÜ	<input type="checkbox"/> SÜREĞEN HASTALIĞI VAR	<input type="checkbox"/> SEREBRAL PARSİ	<input type="checkbox"/> AZ GÖRME	<input type="checkbox"/> GÖRMEYEN
	<input type="checkbox"/> ÜSTÜN YETENEK	<input type="checkbox"/> ÜST BEDEN KULLANAMIYOR	<input type="checkbox"/> ALT BEDEN KULLANAMIYOR	<input type="checkbox"/> DİL VE KONUŞMA	<input type="checkbox"/> OTİZM
	<input type="checkbox"/> RUHSAL VE DUYGUSAL-ÖZEL&ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ	<input type="checkbox"/> DUYGUSAL VE RUHSAL-ÖZEL&ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ VE HİPERAKTİVİTE		<input type="checkbox"/> ZİHİNSEL	