

เลขที่สมัคร.....

เลขที่บรรจุ.....

ส่วนที่ 1

ใบสมัครนักเรียน โรงเรียนอนุบาลกุ๊กไก่

ชื่อ ด.ช./ด.ญ. นามสกุล..... ชื่อเล่น.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ปี..... หน้ถือศาสนา.....

เพศ..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... รหัสประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกิดที่อำเภอ..... จังหวัด.....

บ้านเกิดตามใบสูติบัตร แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ปีการศึกษาที่เริ่มเข้าเรียน..... ภาค..... ชั้น.....

ลักษณะความพิการหรือข้อบกพร่องด้านต่างๆ..... หมู่โลหิต.....

ความถนัด/ความสนใจพิเศษ.....

เด็กอยู่ที่บ้านมีใครดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆ

นักเรียนเคยมีพี่เรียนที่โรงเรียนนี้ กรุณาระบุชื่อ.....

ทำไมจึงต้องการให้นักเรียนมาเข้าเรียนในโรงเรียนนี้.....

สิ่งที่คาดหวังจะได้รับจากโรงเรียน.....

ได้รับทราบเรื่องราวของโรงเรียนได้อย่างไร.....

หากมีผู้แนะนำ กรุณาระบุชื่อ

ชื่อผู้ปกครองที่นำนักเรียนมาฝาก..... เป็นอะไรกับเด็ก.....

ชื่อบิดา..... นามสกุล.....	ชื่อมารดา.....นามสกุล.....
สัญชาติ..... ศาสนา..... อายุ.....	สัญชาติ..... ศาสนา..... อายุ.....
ลักษณะความพิการ (ถ้ามี).....	ลักษณะความพิการ (ถ้ามี).....
โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ.....	โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ.....
e-mail	e-mail
สถานภาพ (เสียชีวิต/มีชีวิต).....	สถานภาพ (เสียชีวิต/มีชีวิต).....
รายได้.....	รายได้.....
อาชีพ	อาชีพ
ตำแหน่ง	ตำแหน่ง
แผนกหรือลักษณะของงาน.....	แผนกหรือลักษณะของงาน.....
ชื่อหน่วยงาน/บริษัท	ชื่อหน่วยงาน/บริษัท
สถานที่ตั้ง	สถานที่ตั้ง
.....
ลักษณะของงาน	ลักษณะของงาน

การศึกษาในระดับสูงสุด การศึกษาในระดับสูงสุด
ที่อยู่ (หากไม่ตรงกับเด็ก)..... ที่อยู่ (หากไม่ตรงกับเด็ก).....

มีความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และความสนใจในเรื่องใด
เป็นพิเศษ..... ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และความสนใจในเรื่องใด
เป็นพิเศษ.....

ขณะนี้เด็กอยู่กับ..... ขณะนี้เด็กอยู่กับ.....
จำนวนพี่น้องทั้งหมด.....คน เด็กเป็นบุตรคนที่..... ของบิดา มารดา มีพี่ชาย..... คน
น้องชาย..... คน พี่สาว..... คน น้องสาว..... คน คุณแม่กำลังตั้งครรภ์บุตรคนที่.....
จำนวนพี่น้องที่กำลังศึกษา (บอกจำนวน/ศึกษาอยู่ชั้น).....

ภาษาที่เด็กใช้พูดคุยที่บ้านคือ
เรื่องของเด็กที่ท่านต้องการให้โรงเรียนได้สังเกตเห็น หรือรับทราบ หรือต้องการร่วมมือกันส่งเสริมหรือแก้ไข

ในกรณีที่เด็กไม่ได้อยู่กับบิดามารดา หรือมีผู้ปกครองที่ไม่ใช่บิดามารดารับผิดชอบดูแลอยู่ กรุณากรอกในส่วนของผู้ปกครอง
ด้วย

ชื่อผู้ปกครอง..... นามสกุล..... อายุ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... ราย
ได้..... อาชีพ (ชื่ออาชีพ)..... ความสนใจ/ความถนัด/ความเชี่ยวชาญ.....งาน
อดิเรก..... สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์
..... โทรศัพท์มือถือ..... e-mail..... ที่อยู่
(หากแตกต่างจากของนักเรียน) โทรศัพท์
..... โทรศัพท์มือถือ..... e-mail..... สาเหตุ
ของการเป็นผู้ปกครองแทนบิดา มารดา..... ระยะเวลาที่
ได้รับหน้าที่เป็นผู้ปกครองของเด็ก.....

มีความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และความสนใจในเรื่องใดเป็นพิเศษ.....

๑. เคยนำเด็กไปฝากเลี้ยงมาแล้ว คือที่
เป็นระยะเวลาานรวม..... สาเหตุที่ออก.....

๒. เคยนำเด็กเข้าโรงเรียนมาแล้ว คือ โรงเรียน
เรียนตั้งแต่ชั้น ถึงชั้น รวมระยะเวลาาน
สาเหตุที่ออกคือ

๓. ผู้ปกครองต้องการให้เด็กได้ไปศึกษาต่อ (ถัดจากโรงเรียนอนุบาลก๊กไถนี้)
ที่โรงเรียน เพราะเหตุว่า
หรือโรงเรียน..... เพราะเหตุว่า.....
หรือโรงเรียน..... เพราะเหตุว่า.....

ลงชื่อ..... ผู้นำมาสมัคร
ตัวบรรจง
รับสมัครวันที่/...../.....

ประวัติสุขภาพนักเรียน

ด.ช./ด.ญ. นามสกุล..... ชื่อเล่น.....
 เด็กมีแพทย์ประจำตัว คือ โรงพยาบาล / คลินิก
 เด็กมีโรคประจำตัว คือ มีอาการแพ้
 ก่อนเข้าเรียน เด็กเคยเจ็บป่วยอย่างรุนแรงด้วยโรค
 เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน จะโทรศัพท์แจ้งข่าวและปรึกษาได้กับ
 โทร. หรือ โทร.

กรณชาติเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงและเติมข้อความลงในช่องว่างด้วย

- _____ ๑. เด็กเคยชักเมื่อมีไข้สูง จำนวน ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อประมาณเดือน พ.ศ.
 _____ ๒. เด็กเคยชักด้วยโรคอื่น คือ
 _____ ๓. ผู้ปกครอง (บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ) มีประวัติว่าเคยชัก
 _____ ๔. เวลาเด็กร้องไห้มาก หรือโกรธมากเคยมีอาการเกร็ง เขียว

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

- _____ แรกเกิด วัคซีน บีซีจี ป้องกันวัณโรค วัคซีน ป้องกันตับอักเสบบี ครั้งที่ ๑
 _____ ๑ เดือน วัคซีนป้องกันตับอักเสบบี ครั้งที่ ๒
 _____ ๒ เดือน วัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก วัคซีนป้องกันโปลิโอ ครั้งที่ ๑
 _____ ๒ เดือน ฮิบวัคซีน ครั้งที่ ๑ (ป้องกันโรคเยื่อสมองอักเสบ)
 _____ ๔ เดือน วัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก วัคซีนป้องกันโปลิโอ ครั้งที่ ๒
 _____ ๔ เดือน ฮิบวัคซีน ครั้งที่ ๒ (ป้องกันโรคเยื่อสมองอักเสบ)
 _____ ๖ เดือน วัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก วัคซีนป้องกันโปลิโอ ครั้งที่ ๓
 _____ ๖ เดือน ฮิบวัคซีน ครั้งที่ ๓ (ป้องกันโรคเยื่อสมองอักเสบ)
 _____ ๖ เดือน วัคซีนป้องกันตับอักเสบบี ครั้งที่ ๓
 _____ ๘ เดือน ทดสอบการได้ยิน ผลการทดสอบคือ.....
 _____ ๘ - ๑๒ เดือน ทดสอบภูมิคุ้มกันวัณโรค ผลการทดสอบคือ.....
 _____ ๙ เดือน วัคซีนป้องกันโรคหัด
 _____ ๑๐ เดือน ทดสอบพัฒนาการ ผลการทดสอบคือ.....
 _____ ๑ - ๓ ปี วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบ เข็มที่ ๑
 _____ ๑ - ๓ ปี วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบ เข็มที่ ๒ (ห่างจากเข็มแรก ๑ - ๒ สัปดาห์)
 _____ ๑ - ๓ ปี วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบ เข็มที่ ๓ (หลังจากเข็มที่ ๒ ๑ ปี)
 _____ ๑๕ เดือน วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม ครั้งที่ ๑
 _____ ๑๘ เดือน วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยักกระตุ้นครั้งที่ ๑

_____	๑๘ เดือน	วัคซีนป้องกันโปลิโอกระตุ้น ครั้งที่ ๑
_____	๑๘ เดือน	ยิบวัคซีน ครั้งที่ ๔ (ป้องกันโรคเยื่อสมองอักเสบ)
_____	๔ - ๕ ปี	วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยักกระตุ้น ครั้งที่ ๒
_____	๔ - ๕ ปี	วัคซีนป้องกันโปลิโอกระตุ้น ครั้งที่ ๒
_____	๕ - ๖ ปี	วัคซีนป้องกันไข้สมองอักเสบ (กระตุ้น)
_____	๕ - ๖ ปี	วัคซีนป้องกันไทฟอยด์
_____	๑ - ๑๒ ปี	วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส
_____	๒ - ๑๖ ปี	วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี เข็มที่ ๑ (_____ ชนิด ๓๖๐ U _____ ชนิด ๓๓๐ U)
_____	๒ - ๑๖ ปี	วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี เข็มที่ ๒ (ห่างจากเข็มที่ ๑ ๑ เดือน)
_____	๒ - ๑๖ ปี	วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี เข็มที่ ๓ (ห่างจากเข็มที่ ๒ ๖ - ๑๒ เดือน ถ้าเป็นชนิด ๓๖๐ U)

หมายเหตุ : เด็กไม่จำเป็นจะต้องฉีดวัคซีนทั้งหมดที่มีรายการข้างต้น แต่ขอรายละเอียดเฉพาะที่เด็ก ได้รับ การฉีดวัคซีนมาแล้ว เพื่อขอทราบเป็นข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนการทดสอบต่างๆ นั้น เด็กควร ได้รับการทดสอบโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และกรณานับที่ผลการทดสอบมาให้ทราบด้วย หรือ จะถ่ายเอกสารผลการทดสอบที่แพทย์มอบให้ท่านแนบมาด้วยก็ได้

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อความ
(.....) ตัวบรรจง
วันที่บันทึก.....

ลักษณะนิสัย และพัฒนาการของนักเรียน

ขอความกรุณาท่านผู้ปกครองกรอกข้อมูลเกี่ยวกับเด็กให้ครูได้รับทราบมากที่สุด เพื่อครูจะได้รู้จักเด็กก่อนที่เด็กจะมาโรงเรียน และสามารถดูแลเด็ก พุดคุย ทำความคุ้นเคยกับเด็กๆ ได้ดีขึ้น อีกทั้งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ครูเข้าใจนักเรียนและปฏิบัติกรองใจให้นักเรียนชอบครู ไว้วางใจครูได้รวดเร็วขึ้นด้วย

กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมข้อความในช่องว่างของแต่ละข้อด้วย

ลักษณะนิสัยของเด็ก

- ๑. ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เช่น
- ๒. อุดทน เวลาเจ็บไม่ค้อยบอกร ไม่ค้อยร้องไห้
- ๓. มีสมาธิในการฟัง เช่น ฟังนิทานเรื่องสั้นๆ ได้ตลอดเรื่อง
- ๔. ชอบฟังนิทาน เรื่อง
- ๕. มีสมาธิในการเล่น ประมาณ นาที
- ๖. มักมีสมาธิได้นานๆ อยู่กับการ
- ๗. กลัวความมืด
- ๘. ชอบเล่นกับผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกับ
- ๙. ชอบเล่นกับเด็ก โดยเฉพาะกับ
- ๑๐. เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่รู้จักแบ่งปันดีเสมอ
- ๑๑. กล้าพูด กล้าแสดงต่อหน้าผู้อื่น
- ๑๒. คุ้นกับคนที่ไม่รู้จักได้ยาก กลัวคนแปลกหน้า
- ๑๓. ชอบเป็นผู้นำ
- ๑๔. โมโหง่าย เช่น
- ๑๕. มักเอาแต่ใจตนเอง ชัดใจไม่ได้
- ๑๖. ชอบดูตลกๆ โดยเฉพาะเวลา
- ๑๗. ถนัดมือซ้าย
- ๑๘. เมื่อโกรธ เคยทำร้ายผู้อื่นโดยการ(ตี กัด ต่อย ฯลฯ)
- ๑๙. ติดสิ่งของตลอดเวลา ต้องมีติดตัวเสมอ คือ
- ๒๐. สิ่งที่เด็กชอบเล่นหรือกิจกรรมที่ชอบทำ คือ
- ๒๑. สิ่งที่เด็กมีความสนใจเป็นพิเศษ คือ
- ๒๒. ดูโทรทัศน์วันละประมาณ (นาที / ชม.)
- ๒๓. รายการโทรทัศน์ที่เด็กสนใจชอบดูประจำคือ
- ๒๔. การปฏิบัติตนต่อบุคคลแปลกหน้า หรือผู้มาเยี่ยมเยียนที่บ้าน คือ
- ๒๕. ลักษณะนิสัยอื่นๆ ที่ผู้ปกครองต้องการให้โรงเรียนทราบ คือ

การพูดของเด็ก

- ๑. พูดไม่ชัด โดยเฉพาะเมื่อพูดคำว่า
- ๒. พูดยังไม่เป็นประโยค
- ๓. พูดติดอ่าง โดยเริ่มเป็นเมื่ออายุประมาณ
- ๔. ยังไม่พูดเลย
- ๕. พูดจาไพเราะ มีคำรับ มีคำเสมอ
- ๖. คิดพูดคำหยาบ ว่า
- ๗. สิ่งที่คุณปกครองต้องการให้โรงเรียนทราบเกี่ยวกับการพูดของเด็ก คือ

การรับประทานอาหารของเด็ก

๑. การรับประทานอาหารนม

- ๑.๑ ยังรับประทานอาหารนมขวดอยู่ประมาณวันละขวด (8 oz)
- ๑.๒ รับประทานอาหารนมขวดก่อนนอนตอนกลางวัน
- ๑.๓ รับประทานอาหารนมจากแก้วประมาณวันละ แก้ว
- ๑.๔ ประเภทนมที่รับประทาน ชื่อทางการค้า.....
- ๑.๕ สิ่งที่คุณปกครองต้องการให้โรงเรียนทราบเกี่ยวกับการรับประทานอาหารนมของนักเรียน คือ

๒. การรับประทานอาหาร

- ๒.๑ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด
- ๒.๒ มักจะเจริญอาหารดี
- ๒.๓ ไม่ชอบรับประทานอาหาร
- ๒.๔ ชอบรับประทานอาหาร
- ๒.๕ รับประทานอาหารได้น้อยในแต่ละมื้อ เพราะ
- ๒.๖ รับประทานอาหารช้าในแต่ละมื้อ เพราะ
- ๒.๗ รับประทานอาหารด้วยตนเอง โดยใช้ช้อน-ส้อม เป็นประจำทุกวัน
- ๒.๘ ยังต้องป้อนอาหารกันอยู่เสมอ เพราะ
- ๒.๙ รับประทานอาหารบางชนิดไม่ได้ คือเหตุผลเพราะว่า
- ๒.๑๐ รับประทานอาหารร่วมกับผู้ปกครองทุกวัน
 - ทุกมื้อ
 - เป็นบางมื้อ
- ๒.๑๑ สิ่งที่คุณปกครองต้องการให้โรงเรียนทราบเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร คือ

๓. การดื่มน้ำ

- ๑. ดื่มน้ำจากถ้วยได้ด้วยตนเอง
- ๒. ดื่มน้ำวันละ.....แก้ว

การขับถ่ายของนักเรียน

- ๑. เมื่อจะปัสสาวะมักจะบอกไม่ทัน หรือไม่บอก
- ๒. เมื่อจะอุจจาระมักจะบอกไม่ทัน หรือไม่บอก

- ๓. ยังปัสสาวะรดที่นอนอยู่บ่อยๆ
- ๔. สิ่งที่คุณปกครองต้องการให้โรงเรียนทราบเกี่ยวกับการขับถ่ายของนักเรียน คือ

การนอนของนักเรียน

- ๑. ปกตินอนกลางวันตั้งแต่เวลา น. ถึงเวลา น.
- ๒. กลางคืนเข้านอนเวลา
- ๓. ตอนข้ามกัตื่นเวลา
- ๔. เวลานอนมักจะชอบ (เช่น ดูทีวี ให้อูบหลัง ฯลฯ)
- ๕. กลางคืนนอนคนเดียว
- ๖. กลางคืนนอนกับ
- ๗. สิ่งที่คุณปกครองต้องการให้โรงเรียนทราบเกี่ยวกับการนอนของนักเรียน คือ

กิจกรรมที่พ่อ – แม่ ผู้ปกครองร่วมทำกับเด็กเป็นประจำ

- ๑. ผู้ปกครองอ่านหรือเล่านิทานจากหนังสือภาพให้เด็กๆ ฟัง
 - ทุกวัน หลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์ นานๆ ครั้ง ไม่เคย
- ๒. เล่นเกมการศึกษา หรือเกมอื่นๆ กับเด็กเป็นประจำ เช่น เกม.....
- ๓. เล่นของเล่นกับเด็กเป็นประจำ เช่น (โปรตุระนูชื่อของเล่น).....
- ๔. เล่นไม้บล็อกกับเด็ก
 - ทุกวัน หลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์ นานๆ ครั้ง ไม่เคย
- ๕. เล่นบทบาทสมมติกับเด็ก
 - ทุกวัน หลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์ นานๆ ครั้ง ไม่เคย
- ๖. วาดภาพระบายสีกับเด็ก
 - ทุกวัน หลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์ นานๆ ครั้ง ไม่เคย
- ๗. ปั่นแป้งโดกับเด็ก
 - ทุกวัน หลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์ นานๆ ครั้ง ไม่เคย
- ๘. ทำแบบฝึกหัดเตรียมความพร้อมร่วมกับเด็กเป็นประจำ เช่น (โปรตุระบุลักษณะของแบบฝึก).....
- ๙. ทำศิลปะ ประติษฐ์ ฯลฯ กับเด็กเป็นประจำ เช่น
- ๑๐. พูดภาษาต่างประเทศกับเด็กเป็นประจำ ได้แก่ ภาษา
- ๑๑. ร้องเพลงร่วมกันเด็กเป็นประจำ เช่น (โปรตุระนูชื่อเพลง)
- ๑๒. กิจกรรมอื่นๆ ที่พ่อ-แม่-ผู้ปกครองร่วมทำกับเด็กเป็นประจำและต้องการให้ทางโรงเรียนทราบคือ

กิจกรรมที่พ่อ-แม่-ผู้ปกครอง เปิดโอกาสให้เด็กช่วยเหลือที่บ้านเป็นประจำ

- ๑. ช่วยเหลืองานเล็กน้อยที่บ้าน เช่น บัด กวาด ถู ล้าง เช็ด ฯลฯ
- ๒. ทำอาหาร
- ๓. ซักผ้า พับผ้า
- ๔. เก็บของเข้าที่
- ๕. จัดโต๊ะอาหาร ฯลฯ
- ๖. อื่นๆ ได้แก่.....

ลงชื่อ.....ผู้นำมาสมัคร

ตัวบรรจง

วันที่/...../.....

ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า.....

เป็นแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม เลขที่.....

ขณะนี้ประกอบอาชีพอยู่ที่.....

ขอรับรองว่า ด.ช./ด.ญ. ขณะนี้อายุ.....

มีร่างกายสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อใดๆ เห็นสมควรให้เข้าเรียนได้ พร้อมทั้งได้รับการป้องกันโรคต่างๆ
ดังต่อไปนี้ (กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าวัคซีนที่เด็กได้รับการป้องกันแล้ว)

- วัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)
- วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3 ครั้ง
- วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก จำนวน 3 ครั้ง
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ จำนวน 3 ครั้ง
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ กระตุ้นครั้งที่ 1 (ประมาณอายุ 18 เดือน)
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ กระตุ้นครั้งที่ 2 (ประมาณอายุ 4-6 ปี)
- วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม เข็มแรก (ประมาณอายุ 9-12 เดือน)
- วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม กระตุ้นครั้งที่ 1 (ประมาณอายุ 4-6 ปี)
- วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบจากเชื้อ เจ อี จำนวน 3 ครั้ง
- วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบจากเชื้อ เจ อี กระตุ้นครั้งที่ 1
- วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบจากเชื้อ เจ อี กระตุ้นครั้งที่ 2
- วัคซีนป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อฮิบ จำนวน 3 ครั้ง
- วัคซีนป้องกันโรคสกุไล
- วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3 ครั้ง
- วัคซีนป้องกันโรคไทฟอยด์ ครั้งที่ 1 เมื่ออายุ.....ปี
- วัคซีนป้องกันโรคไทฟอยด์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ.....ปี

หมายเหตุ :-

.....
.....
.....
.....

(อนึ่ง ทางโรงเรียนเข้าใจดีว่าวัคซีนบางอย่าง นักเรียนอาจจะไม่ได้รับการป้องกัน เพราะอายุยังไม่ถึงวัยอันควร
โรงเรียนเพียงต้องการทราบรายละเอียดไว้เป็นข้อมูลเท่านั้น)

โรคประจำตัวของเด็ก คือ

เด็กมีประวัติแพ้พิษ คือ

เด็กมีประวัติแพ้ยา คือ

เด็กมีประวัติแพ้อาหาร คือ

เด็กเคยมีประวัติเป็นโรคร้ายแรง คือ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเด็กที่ทางโรงเรียนควรได้รับทราบ

.....

.....

.....

เด็กมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกันในด้าน

.....

.....

หมายเหตุ :-

.....

.....

.....

.....

ลงนามแพทย์ผู้รับรอง.....

วันที่.....