

## ใบมอบตัว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเอราวัณ

ตำบลท่ากระดาน อำเภอ ศรีสวัสดิ์ จังหวัด กาญจนบุรี

.....  
ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....  
ถนน/ตรอก/ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของ  
เด็กชาย/เด็กหญิง.....เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและพร้อมที่จะ  
ปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเอราวัณ.ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเอราวัณอย่างเคร่งครัด

๒. จะไม่ก้าวกายการปฏิบัติงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเอราวัณและครูผู้ดูแลเด็กเล็กในการ  
อบรมเลี้ยงดู

๓. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเอราวัณ ในการจัดการการเรียนการสอนและขจัดปัญหา  
ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด

.....โทรศัพท์.....อนึ่ง ถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง  
.....เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาต  
ให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ ข้าพเจ้าทราบได้ โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

๔. ข้าพเจ้าได้ชำระค่าใช้จ่ายและค่าธรรมเนียมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเอราวัณตลอดปี  
การศึกษาในวันมอบตัวเรียบร้อยแล้ว เป็นเงิน.....บาท

### ผู้ส่งมอบเด็ก

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....โดยเกี่ยวข้องกับ.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### หมายเหตุ หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร

๑. ตัวเด็ก
๒. สำเนาสูติบัตร
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. รูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๖ ใบ (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
๕. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว

## ทะเบียนประวัตินักเรียน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเอราวัณ ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

เลขประจำตัว

เด็กชาย/เด็กหญิง.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .... อายุ.....ปี.....เดือน.....

จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....บ้าน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สุขภาพของเด็กโดยรวมของเด็ก  สมบูรณ์  ไม่สมบูรณ์ คือ.....

กรุ๊ปเลือด  เอ  บี  เอบี  โอ

บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน สถานที่ทำงาน.....

.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันของนักเรียน เลขที่.....ถนน/ตรอก/ซอย.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

มีพี่น้องทั้งหมด.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน นักเรียนเป็นบุตรคนที่.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม สูง.....เซนติเมตร นักเรียนมีโรคประจำตัว.....

เมื่อมีอาการควรแก้ไขอย่างไร.....

นิสัยในการรับประทานอาหาร.....การดื่มนม.....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย.....เมื่ออายุ.....ปี

โรคประจำตัว.....โรคจากพันธุกรรมหรือความผิดปกติต่างๆ.....

แพ้อาหาร (บอกชนิด).....แพ้ยา (บอกชนิดยา).....

การได้รับภูมิคุ้มโรค.....

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของนักเรียน.....

นักเรียนเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน.....

เด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....

ข้อมูลอื่นๆ ที่ควรแจ้งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯได้รับทราบ.....

.....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....