|  |  |
| --- | --- |
|  | **HÜKÜMET KONAĞI ANAOKULU**  **ÇOCUK SAĞLIK BİLGİ FORMU**  **2025/2026 EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI** |

HÜKÜMET KONAĞI ANAOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Velisi bulunduğum aşağıda adı-soyadı belirtilen okulunuz öğrencisinin,SAĞLIK bilgileri aşağıdaki gibi olup,değişiklikleri zamanında bildireceğime bilgilerinize arz ederim.

Tarih:

Veli Adı\_Soyadı: İmza:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÇOCUĞUN** | | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | | |
| **T.C Kimlik No** |  |  | **Doğum Tarihi** |  |
| **Sınıfı/Yaş Grubu** |  |  | **Kan Grubu** |  |
| **Annesinin**  **Adı -Soyadı** |  |  | **Telefon** |  |
| **Babasının**  **Adı-Soyadı** |  |  | **Telefon** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.Geçirmiş olduğu Bulaşıcı hastalıklar** | **EVET** | **HAYIR** |  | **2.Olduğu Aşılar** | **EVET** | **HAYIR** |  | **2.Olduğu Aşılar** | **EVET** | **HAYIR** |
| Kızamık |  |  | BCG |  |  | SuÇiçeği |  |  |
| Kızamıkçık |  |  | MMR |  |  | Kızamık |  |  |
| Kızıl |  |  | Boğmaca |  |  | Çocuk Felci |  |  |
| Su Çiçeği |  |  | Çiçek |  |  | Karma Aşı |  |  |
| Kabakulak |  |  | Hepatit A |  |  | Diğer |  |  |
| **3.*Alerjisi var mı?*** Varsa neye karşı?Diğer: EVET HAYIR | | | | | | | | | | |
| **4.*Ameliyat geçirdi mi?*** Evet ise açıklayınız. EVET HAYIR | | | | | | | | | | |
| **5.*Herhangi bir kaza geçirdi mi?*** Evet ise açıklayınız. EVET HAYIR | | | | | | | | | | |
| **6.*Ailede genetik hastalık var mı?*** Evet ise açıklayınız. EVET HAYIR | | | | | | | | | | |
| **7.*Bedensel engeli var mı?***Evet ise açıklayınız. EVET HAYIR | | | | | | | | | | |
| **8.*Tiki var mı?*** EVETHAYIR | | | | | | | | | | |
| **9.*Gözlük kullanıyor mu*?** EVETHAYIR | | | | | | | | | | |
| **10.*İşitme problemi var mı*?** EVETHAYIR | | | | | | | | | | |
| **11.*Sürekli takip gerektiren ve sürekli kullandığı ilaçlar var mı*?**  Evet ise açıklayınız. EVET HAYIR | | | | | | | | | | |
| **12.*Hiperaktivite ve/veya öğrenme güçlüğü var mı*?**  EVET HAYIR  Evet ise aldığınız destekleri sıralayınız.(ilaç,özel eğitim vb.) | | | | | | | | | | |
| **13.*Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu hangisidir*?** RESMİ ÖZEL  **14. *Acil durumlarda çocuğunuzun görülmesini istediğiniz sağlık kuruluşunun adını yazınız.*** | | | | | | | | | | |