

Velisi kim?	<input type="checkbox"/> Baba	<input type="checkbox"/> Anne	<input type="checkbox"/> Diğerse yakınlığı	→	
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 ısıtıyor?	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Elektrikli ısıtıcı	<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 işte 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"/> Ameliyat yok	<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"/> Memenjit		<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 ilaç	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç yok	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Astım	<input type="checkbox"/> Kalp	<input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Şeker
Kardeş sayısı		Boy cm	Kilo kg
Özel eğitim durumu	<input type="checkbox"/> Evde eğitim alıyor		<input type="checkbox"/> Hastanede eğitim alıyor		<input type="checkbox"/> Kaynaştırma eğitimi alıyor
Aile Gelir Durumu	<input type="checkbox"/> Çok iyi	<input type="checkbox"/> Çok kötü	<input type="checkbox"/> Düşük	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta
Öğrenci Özel Bilgileri	<input type="checkbox"/> Şehit Çocuğu		<input type="checkbox"/> Gazi Malül Çocuğu		<input type="checkbox"/> Burslu <input type="checkbox"/> Taşımali
Öğrenci İle İlgili Diğer Özel Bilgiler					

Yukarıdaki bilgileri doğruluğunu beyan ederim. Öğrenci ve ailesi ile ilgili adres, telefon ve bilgilerde değişiklik olursa en kısa sürede okul idaresine bildireceğimi ve bu bilgilerde yanlışlık olduğu takdirde doğacak sonuçlardan sorumlu olduğumu kabul ederim.

Yukarıda bilgileri bulunan velisi bulunduğum,'ın Okulunuz pansiyonuna Paralı Yatılı (), Parasız Yatılı () öğrenci olarak kabulünü bilgilerinize arz ederim.

İmza

Velinin Adı Soyadı

Tarih / / 20.....