

ใบสมัครขอรับบริการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

ปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของ(ด.ช.,ด.ญ.,นาย,นางสาว).....

อายุ.....ปี.....เดือน เป็นเด็กที่มีความบกพร่องทาง.....

มีความประสงค์ขอเข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟู เตรียมความพร้อม ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดกาฬสินธุ์
ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือ ในการพัฒนาผู้เรียนในความปกครองตลอดระยะเวลาให้บริการ
พร้อมทั้งยินยอม

1. เข้าร่วมกิจกรรมทั้งในและนอกสถานที่ ตลอดเวลาที่รับบริการ ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำ
จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งหากแม่เกิดเหตุ หรืออุบัติเหตุที่ทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายใด ๆ ข้าพเจ้า
ยินยอมจะไม่เรียกร้องเอาผิดใด ๆ กับทางศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งสิ้น

2. เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้เรียน ตามแผนการดำเนินงานวิจัย
ที่ได้รับอนุมัติจากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและเข้าใจดีแล้ว
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ปกครองนักเรียน

ลงชื่อ.....

(นายเจษฎา เวียงพล)

ผู้บริหารสถานศึกษา

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

แบบกรอกประวัติผู้รับบริการ
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดกาฬสินธุ์

วัน/เดือน/ปีที่มารับบริการ.....

รหัส.....

ประวัติผู้รับบริการ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

เป็นบุตรคนที่.....จากจำนวนบุตรทั้งหมด.....คน(บิดา-มารดาเดียวกัน)

จำนวนพี่สาว.....คน จำนวนพี่ชาย.....คน จำนวนน้องสาว.....คน จำนวนน้องชาย.....คน

ศาสนา..... กลุ่มเลือด..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

ชนเผ่า อีเมล.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

รหัสประจำบ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย/ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

รหัสประจำบ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย/ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

การเดินทางมาเรียน

(เดินเท้า,จักรยาน, จักรยานยนต์, รถยนต์ อื่นๆ ระบุ)

พาหนะ (พาหนะเสียค่าโดยสาร หรือพาหนะไม่เสียค่าโดยสารอื่นๆ ระบุ).....

ที่พักนักเรียน

(ครอบครัวหรือญาติ, บ้านพักครู, ที่พักนักเรียน, บ้านพักรวมกับชุมชน,บ้านเช่าวัดหรือมัสยิด

อื่นๆ(ระบุ).....

ระยะทาง

ถนนลูกรัง(กิโลเมตร).....ถนนลาดยาง(กิโลเมตร).....

ทางน้ำ(กิโลเมตร).....

การจดทะเบียนคนพิการ ☐ ยังไม่จด ☐ จดแล้ว กำหนดหมดอายุ.....

ประเภทความบกพร่อง

☐ บกพร่องทางการเห็น

☐ บกพร่องทางการพูดและภาษา

☐ บกพร่องทางการได้ยิน

☐ บกพร่องทางการเรียนรู้

☐ บกพร่องทางสติปัญญา

☐ บุคคลออทิสติก

☐ บกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ

☐ พิการซ้อน

☐ บกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์

☐ อื่นๆ.....

ลักษณะความบกพร่องที่พบเห็นคือ.....

.....

2. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

ชื่อ-สกุลบิดา..... ☐ มีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม

เลขประจำตัวประชาชนวันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

จังหวัดที่เกิด.....กลุ่มเลือด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

ศาสนา.....อาชีพ.....รายได้ต่อปี.....

สถานที่ทำงาน.....

วุฒิการศึกษา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

☐ ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของนักเรียน

รหัสประจำบ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย/ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

รหัสประจำบ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย/ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ชื่อ-สกุลมารดา.....☐ มีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม
เลขประจำตัวประชาชนวันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
จังหวัดที่เกิด.....กลุ่มเลือด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
ศาสนา.....อาชีพ.....รายได้ต่อปี.....
สถานที่ทำงาน.....
วุฒิการศึกษา.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
☐ ที่อยู่เดียวกับของนักเรียน
รหัสประจำบ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย/ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน
☐ ที่อยู่เดียวกับของนักเรียน
รหัสประจำบ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย/ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ☐ สมรสและอยู่ร่วมกัน ☐ ไม่สมรสและอยู่ร่วมกัน ☐ แยกกันอยู่
☐ หย่า ☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลผู้ปกครอง

- ☐ ข้อมูลเดียวกันกับของบิดา
☐ ข้อมูลเดียวกันกับของมารดา
☐ อื่นๆ (โปรดระบุในข้อความถัดไป)

ชื่อ-สกุลผู้ปกครอง.....เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขประจำตัวประชาชนวันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
จังหวัดที่เกิด.....กลุ่มเลือด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
ศาสนา.....อาชีพ.....รายได้ต่อปี.....
สถานที่ทำงาน.....
วุฒิการศึกษา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

รหัสประจำบ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย/ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

รหัสประจำบ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย/ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

3. ข้อมูลด้านสุขภาพ

พบว่าเด็กมีความบกพร่อง เมื่อ.....

อาการที่สังเกตได้.....

สาเหตุของความบกพร่อง.....

การตั้งครรภ์ ☐ปกติ ☐ไม่ปกติ ระบุ.....

การคลอด ☐ปกติ ☐คลอดก่อนกำหนด ☐ผ่าคลอด ☐อื่นๆ.....

หลังคลอด ☐ตัวเขียว ☐ตัวเหลือง ☐เข้าตู้อบ ☐อื่นๆ.....

การมองเห็น ☐ปกติ ☐บกพร่อง โปรดระบุ.....

การได้ยิน ☐ปกติ ☐บกพร่อง โปรดระบุ.....

โรคประจำตัว ☐ไม่มี ☐มี โปรดระบุ.....

ยาที่ใช้ประจำ ☐ไม่มี ☐มี โปรดระบุ.....

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ☐ไม่เคย ☐เคยฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน.....

โดย (โปรดระบุ).....

ผู้ปกครองมีลำดับขั้นในการช่วยเหลือลูกอย่างไรบ้าง.....

.....

.....

.....

สภาวะ

น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร รอบอก นิ้ว

4. ข้อมูลด้านการศึกษา

☐ ยังไม่เคยศึกษา ☐ เคยศึกษาแล้วที่ โรงเรียน (ชื่อสถานศึกษา).....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ปีที่เข้าเรียน.....

☐ ปัจจุบันศึกษาที่ โรงเรียน(ชื่อสถานศึกษา).....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ปีที่เข้าเรียน.....

ประวัติผลงานหรือรางวัล.....

ทุนการศึกษา.....

5. บริการที่ควรได้รับจากศูนย์ฯ

☐ ส่งต่อที่.....

☐ ประเมินพัฒนาการ นัดมารับบริการวันที่...../...../.....

☐ให้คำปรึกษา เรื่อง ☐การให้บริการของศูนย์ฯ ☐การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

☐ การเรียนร่วม ☐ อื่นๆ.....

☐ รับการฟื้นฟูที่ศูนย์ฯ หน่วยบริการ.....วันที่...../...../.....

หลักฐานการเข้ารับบริการที่ศูนย์ฯ

☐ สำเนาสูติบัตร/บัตรประจำตัวประชาชนผู้เรียน

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เรียน

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา

☐ สำเนาบัตรประชาชนของบิดา

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของมารดา

☐ สำเนาบัตรประชาชนของมารดา

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครอง

☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง

□ รูปถ่ายนักเรียน 2 รูป

☐ สำเนาสมุดคนพิการหรือบัตรคนพิการ (ถ้ามี)

☐ สำเนาใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

☐ อื่นๆ.....

6. เส้นทางการเดินทางไปบ้านผู้ขอรับบริการ (แผนที่บ้าน)

ลงชื่อ.....ผู้กรอกประวัติ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....