

BİLECİK MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSESİ

E-OKUL ÖĞRENCİ BİLGİLERİ GÜNCELLEME FORMU

* Aşağıdaki öğrenci ve veli bilgileri E-Okul bilgi sistemine girilmek üzere güncelleneceğinden, bilgilerin doğru olarak giriniz.

** Seçeneklerde verilen bilgilerden size uygun olan kutunun içine çarpı" koyunuz.

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrencinin Adı Soyadı:			Sınıfı:	Okul No:
Öğrenci Velisi			SMS(Mesaj) İstemiyor <input type="checkbox"/>	
Anne <input type="checkbox"/>	Dayı <input type="checkbox"/>	Kardeş <input type="checkbox"/>	Müdür <input type="checkbox"/>	SMS (Mesaj) gönderilecekse kimlere?
Baba <input type="checkbox"/>	Hala <input type="checkbox"/>	Büyükanne <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	Anne <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Anne Veli <input type="checkbox"/>
Amca <input type="checkbox"/>	Teyze <input type="checkbox"/>	Büyükbaba <input type="checkbox"/>		Baba Veli <input type="checkbox"/> Anne - Baba <input type="checkbox"/> Anne-Baba-Veli <input type="checkbox"/>

ÖĞRENCİ GENEL BİLGİLERİ

Kiminle Oturuyor?		Geçirdiği Kaza		Kaza Geçirmedi <input type="checkbox"/>	İş Kazası <input type="checkbox"/>
Ailesiyle <input type="checkbox"/>	Babasıyla <input type="checkbox"/>	Annesiyle <input type="checkbox"/>	Velisiyle <input type="checkbox"/>	Ev Kazası <input type="checkbox"/>	Okul Kazası <input type="checkbox"/>
Oturduğu Ev Kira mı?		Geçirdiği Ameliyatlar		Ameliyatı yok <input type="checkbox"/>	Kalp <input type="checkbox"/>
Kendilerinin <input type="checkbox"/>	Lojman <input type="checkbox"/>	Kira <input type="checkbox"/>	Apandist <input type="checkbox"/>	Fıtık <input type="checkbox"/>	Göz <input type="checkbox"/>
Kendi odası var mı?		Kullandığı cihaz-protez		Ortopedik <input type="checkbox"/>	Görsel <input type="checkbox"/>
Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Cihaz-protez yok <input type="checkbox"/>		İşitsel <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Ev ne ile ısınıyor?		Geçirdiği hastalıklar		Hastalık geçirmedi <input type="checkbox"/>	Havale <input type="checkbox"/>
Soba <input type="checkbox"/>	Kalorifer <input type="checkbox"/>	Elektrikli ısıtıcı <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	Çocuk felci <input type="checkbox"/>	Meningit <input type="checkbox"/>
Okula nasıl geliyor?		Sürekli hastalığı		Sürekli hastalığı yok <input type="checkbox"/>	Tansiyon <input type="checkbox"/>
Servisle <input type="checkbox"/>	Toplu taşıma <input type="checkbox"/>	Yürüyerek <input type="checkbox"/>	Böbrek yetmezliği <input type="checkbox"/>	Astım <input type="checkbox"/>	Hepatit <input type="checkbox"/>
Boy cm	Kilo kg	Bir işte çalışıyor mu?	Alzheimer <input type="checkbox"/>	Kanser <input type="checkbox"/>	Sara <input type="checkbox"/>
Kardeş Sayısı		Evet <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>	Siroz <input type="checkbox"/>	Şeker <input type="checkbox"/>
		Hayır <input type="checkbox"/>	Kalç <input type="checkbox"/>	Verem <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Aile dışında kalan var mı?		OKS ve DPY-B Başvuru Proramını Etkileyen Özur Durumları		Şehit Çocuğu <input type="checkbox"/>	Yatılı <input type="checkbox"/>
Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Yurt dışından geldi <input type="checkbox"/>		Taşımali <input type="checkbox"/>	Burslu <input type="checkbox"/>
Varsa Engel Türü		Herhangi bir özürlü yok <input type="checkbox"/>		Ortopedik: Alt bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Zihinsel <input type="checkbox"/>
Davranış bozukluğu <input type="checkbox"/>		Ortopedik: Üst bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>		Ortopedik: Alt ve üst bedenini kullanamıyor <input type="checkbox"/>	Serebral persi <input type="checkbox"/>
Dil ve konuşma bozukluğu <input type="checkbox"/>		Ruhsal ve duysal: Hiperaktivite <input type="checkbox"/>		Ruhsal ve duysal: Özel öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/>	Üstün yetenek <input type="checkbox"/>
Görme: Az görer <input type="checkbox"/>		Ruhsal ve duysal: Özel öğrenme güçlüğü ve Hiperaktivite <input type="checkbox"/>		Ruhsal ve duysal: Özel öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/>	Otizm <input type="checkbox"/>
Görme: Görmeyen <input type="checkbox"/>					İşitme özürülü <input type="checkbox"/>
Ailenin Gelir Durumu (Sınıf öğretmenleri bu bilgilerin doğruluğunu kontrol etmelidir)		Çok iyi <input type="checkbox"/>		İyi <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>
		Düşük <input type="checkbox"/>		Çok kötü <input type="checkbox"/>	

NÜFUS BİLGİLERİ

Nüfus Cüzdan Kayıt No:.....	Veriş Tarihi:...../...../.....	Kan Grubu:.....
-----------------------------	--------------------------------	-----------------

VELİ BİLGİLERİ

NOT: Velisi anne ve baba olanlar bu bölümü doldurmayacaklardır.			
Adı Soyadı:	T.C.Kimlik No:	Yakınlık Derecesi:	
Öğrenim Durumu:	Okuma yazma bilmiyor <input type="checkbox"/>	İlköğretim <input type="checkbox"/>	Yüksekokul (2 Yıllık) <input type="checkbox"/>
	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/>	Eğitim Enstüsü (3 Yıllık) <input type="checkbox"/>
	İlköğretim öğrencisi <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>	Lisans Mezunu <input type="checkbox"/>
Mesleği:	Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı) <input type="checkbox"/>	Öğretmen (Devlet Okulları) <input type="checkbox"/>	Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>
	İç İşleri Bakanlığı (Mülki İdare Amiri) <input type="checkbox"/>	MEB Personeli <input type="checkbox"/>	Bağkur Mensubu <input type="checkbox"/>
	Kamu Kurumunda Sözleşmeli <input type="checkbox"/>	Memur (MEB Dışında) <input type="checkbox"/>	Emekli (Bağkur) <input type="checkbox"/>
	Kamu Kurumunda İşçi <input type="checkbox"/>	MSB (TSK-Subay) <input type="checkbox"/>	SSK <input type="checkbox"/>
	Özel Sektöre İşçi <input type="checkbox"/>	Astsubay <input type="checkbox"/>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>
Elektronik Posta Adresi:	Ev Telefonu: Cep Telefonu: İş Telefonu:		

BİLECİK MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSESİ

BABA BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No:		AdıSoyadı:		Sağ	<input type="checkbox"/>	Ölü	<input type="checkbox"/>			
Doğum Yeri:		Doğum Tarihi:/...../.....		Birlikte	<input type="checkbox"/>	Ayrı	<input type="checkbox"/>			
Öğrenim Durumu:	Okuma yazma bilmiyor	<input type="checkbox"/>	İlköğretim	<input type="checkbox"/>	Yüksekokul (2 Yıllık)	<input type="checkbox"/>	Lisans üstü	<input type="checkbox"/>		
	İlkokul	<input type="checkbox"/>	Ortaokul	<input type="checkbox"/>	Eğitim Enstitüsü (3 Yıllık)	<input type="checkbox"/>	Doktora	<input type="checkbox"/>		
	İlköğretim öğrencisi	<input type="checkbox"/>	Lise	<input type="checkbox"/>	Lisans Mezunu	<input type="checkbox"/>				
Sürekli Hastalığı:	Sürekli hastalığı yok	<input type="checkbox"/>	Kalp	<input type="checkbox"/>	Hepatit	<input type="checkbox"/>	Verem	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>
	Böbrek yetmezliği	<input type="checkbox"/>	Astım	<input type="checkbox"/>	Felç	<input type="checkbox"/>	Siroz	<input type="checkbox"/>	Tansiyon	<input type="checkbox"/>
	Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Kanser	<input type="checkbox"/>	Şeker	<input type="checkbox"/>	Sara	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
Varsa Engel Türü	Ortopedik: Alt bedenini kullanamıyor	<input type="checkbox"/>	Zihinsel	<input type="checkbox"/>						
	Herhangi bir özrü yok	<input type="checkbox"/>	Ortopedik: Üst bedenini kullanamıyor	<input type="checkbox"/>	Serebral persi	<input type="checkbox"/>				
	Davranış bozukluğu	<input type="checkbox"/>	Ortopedik: Alt ve üst bedenini kullanamıyor	<input type="checkbox"/>	Üstün yetenek	<input type="checkbox"/>				
	Dil ve konuşma bozukluğu	<input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duyuşsal: Hiperaktivite	<input type="checkbox"/>	Otizm	<input type="checkbox"/>				
	Görme: Az gören	<input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duyuşsal: Özel öğrenme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	İşitme özürü	<input type="checkbox"/>				
	Görme: Görmeyen	<input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duyuşsal: Özel öğrenme güçlüğü ve Hiperaktivite	<input type="checkbox"/>	Süreğen hastalığı var	<input type="checkbox"/>				
Mesleği:	Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı)	<input type="checkbox"/>	Öğretmen (Devlet Okulları)	<input type="checkbox"/>	Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/>				
	İç İşleri Bakanlığı (Mülki İdare Amiri)	<input type="checkbox"/>	MEB Personeli	<input type="checkbox"/>	Bağkur Mensubu	<input type="checkbox"/>				
	Kamu Kurumunda Sözleşmeli	<input type="checkbox"/>	Memur (MEB Dışında)	<input type="checkbox"/>	Emekli (Bağkur)	<input type="checkbox"/>				
	Kamu Kurumunda İşçi	<input type="checkbox"/>	MSB (TSK-Subay)	<input type="checkbox"/>	SSK	<input type="checkbox"/>				
	Özel Sektöre İşçi	<input type="checkbox"/>	Astsubay	<input type="checkbox"/>	Çalışmıyor	<input type="checkbox"/>				
	Emniyet	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>						
Elektronik Posta Adresi:				İş Telefonu:						
Ev Telefonu:		Cep Telefonu:								

ANNE BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No:		AdıSoyadı:		Sağ	<input type="checkbox"/>	Ölü	<input type="checkbox"/>			
Doğum Yeri:		Doğum Tarihi:/...../.....		Birlikte	<input type="checkbox"/>	Ayrı	<input type="checkbox"/>			
Öğrenim Durumu:	Okuma yazma bilmiyor	<input type="checkbox"/>	İlköğretim	<input type="checkbox"/>	Yüksekokul (2 Yıllık)	<input type="checkbox"/>	Lisans üstü	<input type="checkbox"/>		
	İlkokul	<input type="checkbox"/>	Ortaokul	<input type="checkbox"/>	Eğitim Enstitüsü (3 Yıllık)	<input type="checkbox"/>	Doktora	<input type="checkbox"/>		
	İlköğretim öğrencisi	<input type="checkbox"/>	Lise	<input type="checkbox"/>	Lisans Mezunu	<input type="checkbox"/>				
Sürekli Hastalığı:	Sürekli hastalığı yok	<input type="checkbox"/>	Kalp	<input type="checkbox"/>	Hepatit	<input type="checkbox"/>	Verem	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>
	Böbrek yetmezliği	<input type="checkbox"/>	Astım	<input type="checkbox"/>	Felç	<input type="checkbox"/>	Siroz	<input type="checkbox"/>	Tansiyon	<input type="checkbox"/>
	Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Kanser	<input type="checkbox"/>	Şeker	<input type="checkbox"/>	Sara	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
Varsa Engel Türü	Ortopedik: Alt bedenini kullanamıyor	<input type="checkbox"/>	Zihinsel	<input type="checkbox"/>						
	Herhangi bir özrü yok	<input type="checkbox"/>	Ortopedik: Üst bedenini kullanamıyor	<input type="checkbox"/>	Serebral persi	<input type="checkbox"/>				
	Davranış bozukluğu	<input type="checkbox"/>	Ortopedik: Alt ve üst bedenini kullanamıyor	<input type="checkbox"/>	Üstün yetenek	<input type="checkbox"/>				
	Dil ve konuşma bozukluğu	<input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duyuşsal: Hiperaktivite	<input type="checkbox"/>	Otizm	<input type="checkbox"/>				
	Görme: Az gören	<input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duyuşsal: Özel öğrenme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	İşitme özürü	<input type="checkbox"/>				
	Görme: Görmeyen	<input type="checkbox"/>	Ruhsal ve duyuşsal: Özel öğrenme güçlüğü ve Hiperaktivite	<input type="checkbox"/>	Süreğen hastalığı var	<input type="checkbox"/>				
Mesleği:	Adalet Bakanlığı (Hakim-Savcı)	<input type="checkbox"/>	Öğretmen (Devlet Okulları)	<input type="checkbox"/>	Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/>				
	İç İşleri Bakanlığı (Mülki İdare Amiri)	<input type="checkbox"/>	MEB Personeli	<input type="checkbox"/>	Bağkur Mensubu	<input type="checkbox"/>				
	Kamu Kurumunda Sözleşmeli	<input type="checkbox"/>	Memur (MEB Dışında)	<input type="checkbox"/>	Emekli (Bağkur)	<input type="checkbox"/>				
	Kamu Kurumunda İşçi	<input type="checkbox"/>	MSB (TSK-Subay)	<input type="checkbox"/>	SSK	<input type="checkbox"/>				
	Özel Sektöre İşçi	<input type="checkbox"/>	Astsubay	<input type="checkbox"/>	Çalışmıyor	<input type="checkbox"/>				
	Emniyet	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>						
Elektronik Posta Adresi:				İş Telefonu:						
Ev Telefonu:		Cep Telefonu:								

Herhangi bir doğal afet veya acil durumlarda, çocuğumun aşağıda isimleri yazılı kişilerden başkasına teslim edilmesini istemiyorum.

...../...../2023

S.No:	Adı Soyadı	Yakınlık Derecesi
1		
2		
3		

Bilgiler tarafımdan doldurulmuştur.

Ad Soyad :

İmza :