



รูปถ่าย

เลขที่ 10/72 ซ.7 หมู่บ้านสหพันธ์ไพรวาทพาร์ค หมู่ 2 ต. ตะเนนพระ อ. เมือง จ.ระยอง
โทร. 038-967105, 081-5966319

รหัสประจำตัว.....

ใบสมัครฝากดูแลเด็ก วันที่มาสมัคร.....เริ่มฝาก.....

1. ข้อมูลทั่วไป

เด็กชาย/เด็กหญิง.....นามสกุล.....

ชื่อเล่น.....

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

เกิดที่โรงพยาบาล.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

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

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์ที่บ้าน.....

ชื่อบิดา..... นามสกุล.....

ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อมารดา..... นามสกุล.....

ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail address.....

แผนที่บ้าน

ผู้ที่สามารถมารับเด็กแทนบิดา/มารดาได้

1) ชื่อ.....นามสกุล.....

โทรศัพท์.....

2) ชื่อ.....นามสกุล.....

โทรศัพท์.....

3) ชื่อ.....นามสกุล.....

โทรศัพท์.....

2. ประวัติสุขภาพ

พัฒนาการและอุปนิสัย

สิ่งที่เด็กติดก่อนนอน.....

สิ่งที่เด็กชอบมากที่สุด.....

ประสบการณ์ในการเล่นกับกลุ่มเพื่อน/พบปะบุคคลอื่น [] บ่อยๆ [] บางครั้ง [] ไม่เคย

การได้รับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับ)

BCG.....

Hepatitis B.....

DPT&OPV.....

MMR.....

HIB.....

JEV.....

ไข้หวัดใหญ่.....

อีสุกอีใส.....

วัคซีนโรต้าไวรัส.....

วัคซีน IPD.....

อื่น ๆ.....

หมู่โลหิต ABO.....Rh.....

ประวัติการเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการ ความรุนแรงของโรค และยาประจำตัวที่ต้องใช้

[] ประวัติการเป็นโรคติดเชื้อ อีสุกอีใส คางทูม

อื่น ๆ.....

[] หลอดลมอักเสบ หอบหืด โรคทางเดินหายใจ อื่น ๆ

.....

[] ความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด

.....

[] เบาหวาน.....

[] โรคลมชัก ชักจากไข้สูง.....

[] แผล ฝีตามตัว อื่น ๆ.....

[] ประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือได้รับอุบัติเหตุ

.....

[] แพ้ยา อาหาร พิษ สัตว์เลี้ยง อื่น ๆ

.....

[] โรคประจำตัวอื่น ๆ

.....

[] วิธีการคลอด [] คลอดปกติ [] ผ่าตัดคลอด

[] ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการคลอด

.....

- ในกรณีที่บิดา/มารดาไม่สามารถมารับเด็กได้แต่ได้มอบหมายให้บุคคลอื่นมารับแทน กรุณา
โทรแจ้งล่วงหน้าทุกครั้ง

- ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินให้นำเด็กส่งโรงพยาบาล

.....
3.การตรวจร่างกายแรกรับ

น้ำหนัก.....Kg. ส่วนสูง.....Cm. รอบศีรษะ.....Cm. ลักษณะ

รูปร่าง.....

อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส ชีพจร.....ครั้ง/นาที

อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที

ลักษณะทั่วไป

ตา.....

หู.....

คอ.....

จมูก.....

ช่องปาก.....

ผิวหนัง.....

หัวใจ.....

ปอด.....

ช่องท้อง.....

กระดูกสันหลัง.....

แขนขา.....

อื่นๆ.....

ลงชื่อผู้ตรวจร่างกาย.....วันที่.....

เอกสารประกอบ

- สูติบัตร / รูปถ่าย/สำเนาสมุดสุขภาพหรือประวัติการรับวัคซีน
- สำเนาบัตรประชาชนบิดา / มารดา
- สำเนาทะเบียนบ้านบิดา / มารดา และ บุตร
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ที่ยังบิดา/มารดาอนุญาตให้มารับเด็กแทนได้

4.

1. บิดา ชื่อ-สกุล (กรุณาระบุค่านำหน้าชื่อกรณีมียศ, ตำแหน่ง)

.....

อายุ..... วัน เดือน ปี เกิด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

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

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้).....

.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail:.....

จบการศึกษาระดับ..... รายได้ต่อเดือน.....

ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง..... ลักษณะงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....

2. มารดา ชื่อ-สกุล (กรุณาระบุค่านำหน้าชื่อกรณีมียศ, ตำแหน่ง)

.....

อายุ..... วัน เดือน ปี เกิด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

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

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้).....

.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail:.....

จบการศึกษาระดับ..... รายได้ต่อเดือน.....

ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง..... ลักษณะงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....

3.สถานภาพ บิดา/มารดา

จดทะเบียนสมรส ไม่จดทะเบียนสมรส อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่

หย่า อื่นๆ.....

4.ข้อมูลผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเด็ก

บิดา มารดา บิดาและมารดา บุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กเป็น.....

5.ข้อมูลผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของเด็กกรณีไม่ใช่บิดา มารดา

ชื่อ-สกุล (กรุณาระบุค่านำหน้าชื่อกรณีมียศ

,ตำแหน่ง).....

อายุ.....วัน เดือน ปี เกิด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

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

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้).....

.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

แฟกซ์.....E-mail:.....

จบการศึกษาระดับ.....รายได้ต่อเดือน.....

ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....แฟกซ์.....

ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับเนสเซอร์บ้านกันต์ โดยช่องทางใด

อินเทอร์เน็ต เพื่อนแนะนำ นามบัตร/ใบปลิว

อื่นๆ โปรดระบุ

5. เอกสารรับทราบเงื่อนไขและข้อตกลงร่วมกัน

เนสเซอร์บ้านกนต์ ได้ดูแลและปฏิบัติต่อเด็กตามมาตรฐานการดูแลเด็กปฐมวัย พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กและ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพอย่างเคร่งครัด ดังนั้นข้อตกลงที่เกิดขึ้นระหว่างเนสเซอร์บ้านกนต์กับข้าพเจ้า

ในฐานะผู้ปกครองของ เด็กหญิง/เด็กชาย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับเงื่อนไขและข้อตกลงของสถานรับเลี้ยงเด็ก เนสเซอร์บ้านกนต์แล้ว เป็นอย่างดี ข้าพเจ้า ยินดีให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อตกลงตามระเบียบการนั้น อย่างเคร่งครัด หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อตกลงตามระเบียบการดังกล่าว ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบความเสียหายใดๆที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขและข้อตกลงนั้นโดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ามีความยินยอมตามเงื่อนไขและข้อตกลง

ลงชื่อ..... วันที่

(.....)

บิดา/มารดา

ลงชื่อ..... วันที่

(.....)

พยาน/ผู้ปกครอง

ลงชื่อ..... วันที่

(.....)

พยาน