



ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

Tarih:

ÖĞRENCİ BİLGİSİ

Adınız Soyadınız:	Cinsiyetiniz:
Sınıfınız ve Numaranız:	Doğum Yeri ve Doğum Tarihiniz:
Okulunuz:	Adresiniz:
Okul öncesi eğitim aldınız mı?	Sürekli kullandığınız ilaç ve tıbbi cihaz var mı? Nedir?
Ne yapmaktan hoşlanırsınız?	Sürekli bir hastalığınız var mı? Varsa nedir?
Yakın zamanda taşındınız mı, okul değiştirdiniz mi?	Ders dışı faaliyetleriniz nelerdir?
Kendinize ait teknolojik aletleriniz var mı? Varsa günde/haftada ne kadar süre kullanırsınız?	Hala etkisi altında olduğunuz bir olay yaşadınız mı? Yaşamışsanız açıklayınız?

VELİ BİLGİSİ

Adı-Soyadı:	Yakınlığı:
	Telefon Numarası:
Eğitim Durumu:	Mesleği:

Anne	Baba
Adı Soyadı	
Doğum Yeri / Doğum Tarihi	
Öz mü?	
Sağ mı?	
Engel durumu var mı?	
Eğitim Durumu/ Mesleği	
Telefon Numarası	

AİLE BİLGİSİ

Kaç kardeşsiniz?	Ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?
Okula giden kardeş sayınız.	Aile üyelerinde sürekli bir hastalığı/engeli olan biri var mı? Varsa yazınız.
Evinizde sizinle birlikte kim/kimler yaşıyor? Yakınlık derecelerini belirtiniz.	