



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	

Anne Baba Birlikte () / Ayrı ()

AİLE BİLGİSİ

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

TEŐEKKÜR EDERİZ

GENEL BİLGİLER	
Kiminle Yaşıyorsunuz?	
Eviniz Kira mı?	
Kendi Odanız Var mı?	
Eviniz Ne ile Isınıyor ?	
Okula Nasıl Geliyor sunuz?	
Bir İőte Çalışıyor musunuz?	