

ใบสมัคร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....วัดธาตุ.....ปีการศึกษา ๒๕๖๔

เขียนที่.....ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดธาตุ.....

วันที่.....๒๒.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๔.....

ข้อมูลเด็ก

๑. เด็กชื่อ - นามสกุล...เด็กชายปกรณ์ ธารทิพย์...เชื้อชาติ.....ไทย.....สัญชาติ.....ไทย.....
๒. เกิดวันที่.....๒๙.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.๒๕๖๒.....อายุ.....๒.....ปี.....๔.....เดือน
(เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑- วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒) โรคประจำตัว..ไม่มี....
๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....๙.....หมู่.....๑๓.....ถนน.....-.....
ตำบล.....ไอลิ.....อำเภอ.....ภูเขียว.....จังหวัด.....ชัยภูมิ.....
๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ๙.....หมู่.....๑๓.....ถนน.....-.....ตำบล.....ไอลิ.....
อำเภอ.....ภูเขียว.....จังหวัด.....ชัยภูมิ..... โทร. (ถ้ามี).....๐๔๑-๑๐๑๑๑๐๐.....
บิดาชื่อ.....นายประเสริฐ ธารทิพย์.....อาชีพ.....ทำนา.....
มารดาชื่อ.....นางปาริชาติ ธารทิพย์.....อาชีพ.....ทำนา.....
มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน๒.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....๒.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ / รับผิดชอบของ
 - ๑.๑ () บิดา () มารดา (✓) ทั้งบิดา - มารดาาร่วมกัน
 - ๑.๒ () ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
 - ๑.๓ () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
๒. อาชีพบิดา มารดา หรือผู้ดูแลอุปการะ.....ทำนา.....
๓. ผู้ดูแลอุปการะเด็กตามข้อ ๑. มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....๑๘,๐๐๐.....บาท
๔. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....นางปาริชาติ ธารทิพย์.....เกี่ยวข้องเป็น.....แม่.....ของเด็ก
๕. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (ชาย / นาง / นางสาว).....ปาริชาติ.....นามสกุล.....ธารทิพย์.....
โดยเกี่ยวข้องเป็น.....แม่..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ..... ๐๔๑-๑๐๑๑๑๐๐.....

คำรับรอง

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครขององค์การบริหารส่วนตำบลไอลิ เข้าใจแล้ว
เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐาน
ที่ถูกต้องจริง
๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาลี้ขงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การ
บริหารส่วนตำบลไอลิ
๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดขององค์การบริหารส่วนตำบลไอลิ และยินดีปฏิบัติ
ตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....ปาริชาติ ธารทิพย์.....

(.....นางปาริชาติ ธารทิพย์.....)

วันที่.....๒๒.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.๒๕๖๔.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัคร พบว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

(✓) เด็กที่สมัครต้องมีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโกล

(✓) เด็กที่สมัครต้องมีอายุครบ ๒ ปี นับถึงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑-วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒

(อายุ ๒ ปี - ๓ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)

(✓) เด็กที่สมัครต้องเป็นเด็กที่สุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคอื่น ๆ

ที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ครู รักษาการ

หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

นางสาว.....

ศรี.....

(ชื่อย่อ).....

นางสาว.....

() ผู้สมัครต้องมีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโกล

(อายุ ๒ ปี - ๓ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)

ผู้สมัครต้องมีอายุครบ ๒ ปี นับถึงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

() ผู้สมัครต้องมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคอื่น ๆ

ที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

นางสาว.....