



ใบสมัครเข้าเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙  
สังกัดเทศบาลตำบลคู่งกระถิน อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

สมัครเข้าเรียนใน  ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนวัดเกตุน้อย

**ข้อมูลเด็ก**

- เด็กชื่อ - นามสกุล..... ชื่อเล่น.....  
เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
- เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... อายุ..... ปี.....เดือน.....  
(๑๗ พ.ค. ๒๕๖๖ - ๑๖ พ.ค. ๒๕๖๙) โรคประจำตัว..... กรุ๊ปเลือด.....
- ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... ถนน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- บิดาชื่อ..... อาชีพ.....  
มารดาชื่อ..... อาชีพ.....

**ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ**

- ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ / รับผิดชอบของ  
๑.๑ ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) ทั้งบิดา - มารดาร่วมกัน  
๑.๒ ( ) ญาติ (โปรดระบุความสัมพันธ์กับเด็ก).....  
๑.๓ ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
- อาชีพบิดามารดา หรือผู้ดูแลอุปการะ..... มีรายได้ต่อเดือน..... บาท
- ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของเด็ก
- ผู้ที่รับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....  
โดยเกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

**คำรับรอง**

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของเทศบาลตำบลคู่งกระถิน เข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาลี้ภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของเทศบาลตำบลคู่งกระถิน
- ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของเทศบาลตำบลคู่งกระถิน และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กกำหนด

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบมอบตัวศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙  
สังกัดเทศบาลตำบลคู้งกระถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนวัดเกตุน้อย

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี  
อาชีพ..... รายได้..... บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....  
ถนน/ตรอก/ซอย..... ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์..... เป็นผู้ปกครองของ  
เด็กชาย/หญิง..... เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใน  
สังกัดเทศบาลตำบลคู้งกระถิ่น และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลตำบลคู้งกระถิ่นอย่าง  
เคร่งครัด

๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลตำบลคู้งกระถิ่น ในการจัดการ  
การเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวก  
รวดเร็วที่สุด บ้านเลขที่..... โทรศัพท์.....

อนึ่ง ถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง.....เจ็บป่วย จำเป็นต้องรับส่ง  
โรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้า  
ทราบได้โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทุกประการ

**ผู้รับส่งเด็ก**

(นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล..... โดยเกี่ยวข้องกับ.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

ทะเบียนนักเรียน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดเทศบาลตำบลคู้งกระถิ่น  
ตำบลคู้งกระถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ชื่อ - นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวประชาชน ----

วัน เดือน ปี เกิด.....จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....

สัญชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก  สมบูรณ์  ไม่สมบูรณ์ คือ.....

กลุ่มเลือด  เอ  บี  เอบี  โอ โรคประจำตัว  มี คือ.....  ไม่มี

ประวัติแพ้ยา  มี คือ.....  ไม่มี

ชื่อ - นามสกุลบิดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน

ชื่อ - นามสกุลมารดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน

เป็นบุตรคนที่.....จำนวนพี่น้องร่วมสายโลหิต.....คน พี่ชาย.....คน น้องชาย.....คน

พี่สาว.....คน น้องสาว.....คน

สถานภาพสมรสของบิดามารดา  อยู่ด้วยกัน  แยกกันอยู่  หย่า  อื่น ๆ.....

ชื่อ - นามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

