

โรงเรียนธรรมภิรักษ์

ใบมอบตัวนักเรียนอนุบาล / ประถม

22 ถนนรุ่งประชา แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

โทร. 0-2433-5509 , 0-2433-5512 , 0-2434-4133-6 โทรสาร 0-2434-4139

ชื่อนักเรียน (ค.ช. / ค.ญ.)..... เข้าเป็นนักเรียนชั้น.....

ประจำปีการศึกษาเลขประจำตัว.....

เขียนที่โรงเรียนธรรมภิรักษ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)..... อาชีพ.....

เลขประจำตัวประชาชน

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

ความสัมพันธ์กับนักเรียน บิดา มารดา อื่น ๆ ระบุ.....

ขอทำเอกสารมอบตัวนักเรียนให้ไว้กับโรงเรียนธรรมภิรักษ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อ-สกุล (ค.ช./ค.ญ.)..... English.....

เลขประจำตัวประชาชนเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

สถานที่เกิดโรงพยาบาล.....เลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน รหัสประจำบ้าน.....บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ซอย.....ถนน.....

แขวง (ตำบล).....เขต (อำเภอ)

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ถ้าแตกต่างจากทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่หมู่ที่ซอย.....ถนนแขวง (ตำบล).....

เขต (อำเภอ)จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ (บ้าน)

ก่อนเข้าเรียน โรงเรียนนี้สอบได้ชั้น.....จากโรงเรียน.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....สาเหตุที่ออก.....

ชื่อ – นามสกุล บิดาเลขประจำตัวประชาชน.....สัญชาติ.....
ศาสนา.....อาชีพ.....ชื่อสถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....
สังกัด (แผนก/กอง/กรม)อื่น ๆ ระบุ.....สถานที่ทำงานเลขที่.....
ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน)โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อ – นามสกุล มารดาเลขประจำตัวประชาชน.....สัญชาติ.....
ศาสนา.....อาชีพ.....ชื่อสถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....
สังกัด (แผนก/กอง/กรม)อื่น ๆ ระบุ.....สถานที่ทำงานเลขที่.....
ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน)โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพของบิดา-มารดา อยู่ร่วมกัน แยกกันอยู่
 บิดาเสียชีวิต มารดาเสียชีวิต

มีพี่หรือน้องร่วมบิดามารดาเดียวกันเป็นชาย.....คน หญิง คน นักเรียนเป็นบุตรคนที่

มีพี่หรือน้องต่างบิดาหรือมารดา เป็นชายคน หญิง คน นักเรียนเป็นบุตรคนที่

นักเรียนมีพี่หรือน้องกำลังเรียนอยู่ในโรงเรียนธรรมวิทย์ / อนุบาลธรรมวิทย์เทเวศร์..... คน

1. ชื่อ – นามสกุล (ค.ช.) / (ค.ญ.) ชั้น

2. ชื่อ – นามสกุล (ค.ช.) / (ค.ญ.) ชั้น

3. ชื่อ – นามสกุล (ค.ช.) / (ค.ญ.) ชั้น

ปัจจุบัน นักเรียนอาศัยอยู่กับ บิดา – มารดา มารดา
 บิดา อื่น ๆ ระบุ.....

กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อกับ.....ความสัมพันธ์กับนักเรียน.....

โทรศัพท์ (บ้าน)ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ข้างต้นเป็นข้อมูลจริงที่ถูกต้องตรวจสอบได้ของนักเรียน และผู้ปกครอง
จะเป็นผู้ดูแลให้นักเรียนตั้งใจเรียน ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับของโรงเรียน อีกทั้งเป็นผู้อุปถัมภ์ชำระ
ค่าเล่าเรียนและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียนทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

ใบประวัติสุขภาพนักเรียนอนุบาล

ชื่อ – นามสกุล (ค.ช. / ค.ญ.) (ชื่อเล่น) ชั้น

ชื่อแพทย์ที่รักษาประจำ..... โรงพยาบาล/คลินิก.....

โปรดเขียนเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือกรอกข้อความลงในช่องว่าง

- | | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1. สายตา | ปกติ <input type="checkbox"/> | สั้น <input type="checkbox"/> | ยาว <input type="checkbox"/> | เอียง <input type="checkbox"/> |
| 2. หูฟังเสียงได้ | | | ชัด <input type="checkbox"/> | ไม่ชัด <input type="checkbox"/> |
| 3. เหนื่อยง่ายผิดปกติเมื่อออกกำลังกายหรือไม่ | ปกติ <input type="checkbox"/> | ผิดปกติ <input type="checkbox"/> | | |
| 4. มีประวัติการชักเมื่อเป็นไข้ตัวร้อนสูงหรือไม่ | มี <input type="checkbox"/> | ไม่มี <input type="checkbox"/> | | |
| 5. มีประวัติการเจ็บป่วยถึงกับต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ | มี <input type="checkbox"/> | ไม่มี <input type="checkbox"/> | | |
| 6. มีประวัติแพ้อาหาร อากาศ หรือเป็นโรคภูมิแพ้อื่น ๆ หรือไม่ | มี <input type="checkbox"/> | ไม่มี <input type="checkbox"/> | | |

ข้อ 4-5-6 ถ้าเคยเมื่ออายุเท่าไร..... โปรดระบุรายละเอียด.....

.....
.....
.....
.....

7. ประวัติการแพ้ยา โปรดระบุ.....

8. นักเรียนมีโรคประจำตัวหรือไม่ ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด เพื่อการดูแลนักเรียนอย่างถูกต้อง

.....
.....
.....
.....

ยาที่นักเรียนรับประทานประจำ.....

9. นักเรียนมีสมุดสุขภาพประจำตัว ที่ระบุรายละเอียดการรับวัคซีนต่าง ๆ หรือไม่ มี ไม่มี
10. นักเรียนรับวัคซีนครบตามกำหนดหรือไม่
11. นักเรียนมีน้ำหนัก – ส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุหรือไม่
12. นักเรียนยังปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังต่อไปนี้หรือไม่

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ดิฉนวนนม / จุกนมหลอก | <input type="checkbox"/> ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป |
| <input type="checkbox"/> ดิฉตุ้กตา , หมอน , ผ้าห่ม , ของเล่น | <input type="checkbox"/> บั้สสาวะรดที่นอน |
| <input type="checkbox"/> คูดน้ำ | <input type="checkbox"/> กัฉเล็บ |

THAMPIRAK SCHOOL

22 RUNGPRACHA RD., BANGBAMRU

BANGPLAD, BANGKOK 10700

TEL : 02-4335509,02-4335512,02-4344133-8

FAX : (662) 4344119



โรงเรียนธรรมภิรักษ์

22 ถนนรุ่งประชา แขวงบางบำหรุ

เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ๗ 10700

โทร : 02-4335509,02-4335512,02-4344133-8

โทรสาร : (662) 4344139

แบบยินยอมอนุญาต ให้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลในรูปแบบต่างๆ เพื่อการจัดการเรียนการสอน การพัฒนานักเรียน การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของโรงเรียน ตามกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

พรบ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 กำหนดให้หน่วยงานที่ต้องใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้อื่น ต้องปฏิบัติตามกฎหมายให้ถูกต้อง ป้องกันการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ในการนำข้อมูลไปเผยแพร่โดยมิชอบ โดยมีข้อกำหนด ในการขอเก็บรวบรวมการใช้ และการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งต้องแจ้งให้เจ้าของข้อมูลทราบ รวมทั้งขออนุญาต ยินยอมให้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ภาพถ่าย วิดีโอ ต่าง ๆ ในการจัดการเรียนการสอนของโรงเรียน

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาต ให้ผู้ปกครองยินยอมให้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน ตามวัตถุประสงค์ และนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของโรงเรียน

1. ผู้ปกครอง ผู้ให้ความยินยอม

ชื่อ - นามสกุล (ผู้ปกครอง)

.....

2. ความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง

บิดา , มารดา

อื่น ๆ ระบุ.....

3. เบอร์โทรศัพท์ผู้ปกครอง

.....

4. ชื่อ - สกุล นักเรียน (ค.ช./ค.ญ.).....ชั้น.....เลขที่.....

5. ข้าพเจ้ายินยอม อนุญาตให้โรงเรียนใช้ข้อมูลส่วนบุคคลจากบัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน สูติบัตร แบบบันทึกสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนานักเรียน

5.1 เพื่อส่งข้อมูลให้ต้นสังกัด กระทรวงศึกษาธิการ ตามระเบียบการทำทะเบียนนักเรียน เอกสารประกอบการศึกษา การประเมินผล การจบการศึกษา

5.2 เพื่อส่งข้อมูลด้านประกันอุบัติเหตุ , การรักษาพยาบาลเหตุฉุกเฉิน

5.3 เพื่อจัดการเรียนการสอน การวัดผลประเมินผลพัฒนาการเรียน และการศึกษาต่อ

ยินยอม อนุญาต

ไม่ยินยอม

6. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงเรียนถ่ายภาพ ถ่ายวิดีโอ ของนักเรียนจากการทำกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน ทั้งภายในโรงเรียนและนอกโรงเรียน (ทักษะศึกษา , การแข่งขัน , กิจกรรมนอกสถานที่) และให้นำภาพถ่าย วิดีโอ อาจารย์ชื่อ - สกุล ของนักเรียน เผยแพร่ทั้งโดยตรง และโดยอ้อม บนสื่อประชาสัมพันธ์ของโรงเรียน ทาง website , facebook , LINE จดหมายข่าว , ป้ายโฆษณา ประชาสัมพันธ์ เพื่อการประชาสัมพันธ์ข้อมูลของโรงเรียน ให้สาธารณชนได้รับทราบ และเพื่อเผยแพร่ประวัติ เกียรติคุณของนักเรียน

ยินยอม อนุญาต

ไม่ยินยอม

7. ข้าพเจ้ายินยอม อนุญาตให้ปรากฏรูปร่าง ใบหน้า ของนักเรียน ตลอดจนผู้ปกครองของนักเรียน ผู้ดูแลนักเรียน ในภาพถ่าย หรือ วิดีโอ จากการทำกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนทั้งใน - นอกสถานที่ เผยแพร่ทั้งโดยตรง และโดยอ้อม บนสื่อประชาสัมพันธ์ของโรงเรียน ผู้สาธารณชน โดยไม่ก่อความเสียหายต่อตัวนักเรียนและผู้ปกครอง

ยินยอม อนุญาต

ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

...../...../.....

แบบสำรวจพฤติกรรมนักเรียนอนุบาล

ชื่อนักเรียน (ค.ช./ค.ญ.)สมัครเข้าเรียนชั้น.....

ให้ผู้ปกครองขีด ✓ ใน ที่ตรงกับพฤติกรรมของนักเรียน เมื่ออยู่ที่บ้านมากที่สุด

รายการ	ปฏิบัติได้ โดยลำพัง	ปฏิบัติได้โดย มีผู้ใหญ่ชี้แนะ	ปฏิบัติไม่ได้
1. การบอกความต้องการของตนเองในเรื่อง.....			
1.1 การรับประทานอาหาร , คึ้มนม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 การขับถ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความสามารถช่วยเหลือตนเองในเรื่อง.....			
2.1 การใช้ช้อนตักอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 การเคี้ยวอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 การใส่รองเท้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 การเข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 การแปรงฟัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 การล้างมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 การคึ้มนมจากแก้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 การแต่งตัวใส่เสื้อผ้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 การหวีผม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ความพร้อมทางร่างกาย.....			
3.1 เดินได้คล่องโดยไม่ต้องจับมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 เดินขึ้น – ลงบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ใช้มือหยิบจับสิ่งของได้มั่นคง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 วิ่งและหยุดเองได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ภาษาและการสื่อสาร.....			
4.1 รู้จักชื่อตัวเอง / บอกชื่อตนเองได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 ตอบคำถามอย่างง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 พูดโต้ตอบกับพ่อ – แม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. อุปนิสัยทั่วไป.....			
<input type="checkbox"/> อารมณ์ดี ร่าเริง	<input type="checkbox"/> ขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก	<input type="checkbox"/> ชอบเล่นคนเดียว	
<input type="checkbox"/> ช่างพูด , ช่างซักถาม	<input type="checkbox"/> โมโห/หงุดหงิดง่าย	<input type="checkbox"/> ไม่นอนกลางวัน	
<input type="checkbox"/> เงียบเฉย	<input type="checkbox"/> ชอบรื้อค้นสิ่งของ		
<input type="checkbox"/> ชอบตีหรือกัดผู้อื่น	<input type="checkbox"/> อยู่ไม่นิ่ง , อดทนรอคอยไม่ค่อยได้		
พฤติกรรมเวลาถูกขัดใจ	<input type="checkbox"/> ร้องกรี๊ด		
	<input type="checkbox"/> คึ้น ทิ้งตัวลงพื้น		
	<input type="checkbox"/> ร้องไห้ โวยวาย เสียงดัง		

6. กรุณาให้รายละเอียดชีวิตประจำวันของนักเรียน เพื่อให้คุณครูมีข้อมูลพื้นฐานในการดูแลนักเรียนได้เหมาะสม

6.1 เวลาตื่นนอนเช้า.....น.

 เวลานอนกลางวัน.....น.

 เวลาเข้านอนกลางคืน.....น.

6.2 นักเรียนรับประทานอาหารเช้าหรือไม่.....

 นักเรียนไม่รับประทานอาหารเช้าอะไรบ้าง.....

6.3 นักเรียนดูทีวีหรือเล่นโทรศัพท์, Tablet, i-pad, Notebook, คอมพิวเตอร์ หรือไม่ ถ้า

 เล่นใช้เวลาอยู่หน้าจอครั้งละประมาณนาทิต เป็นรายการอะไร เช่น เล่นเกม, ดูการ์ตูน,
 นิทาน, ฟังเพลงเด็ก ฯลฯ ระบุ

6.4 ใครเป็นผู้ดูแลนักเรียนในเรื่องชีวิตประจำวัน

คุณพ่อ

คุณแม่

ปู่-ย่า / ตา-ยาย

พี่เลี้ยง สัญชาติ.....

อื่น ๆ ระบุ.....

7. ความคาดหวังของผู้ปกครอง ในการดูแลนักเรียน และความต้องการพิเศษในการดูแลนักเรียนมีหรือไม่
 โปรดระบุ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือในการกรอกแบบสอบถาม
ฝ่ายบริหารงานวิชาการ โรงเรียนธรรมกิริย์
และ โรงเรียนอนุบาลธรรมกิริย์เทเวศร์