HALİL RIFAT PAŞA MESLEKİ VE TEKENİK ANADOLU LİSESİ REHBERLİK SERVİSİ

ÖĞRENCİ TANIMA FORMU

ÖĞRENCİNİN: Tarih: ..../..../20....

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: |  | Sınıfı / Okul Numarası: |
| Doğum Yeri / Tarihi: |  |
| T.C. Kimlik No: |  | Kan Grubu: |
| Ev Adresi: |  |
| E mail: |  |
| Velisi: | Anne( ) Baba( ) Diğer (belirtiniz) ................... |
| Kiminle Oturuyor: | Aile( ) Anne( ) Baba( ) Veli( ) Diğer (belirtiniz) ................. |
| Oturduğu Ev: | Kendilerinin( ) Kira( ) Lojman( ) Diğer (belirtiniz) ................. |
| Kendi Odası: | Var( ) Yok( )  |
| Aile Dışında Evde Kalan Var Mı:  | Var( ) Yok( ) Varsa belirtiniz................................ |
| Eviniz nasıl ısınıyor: | Soba( ) Kalorifer( ) Elektrikli Isıtıcı( ) Diğer (belirtiniz) ................. |
| Okula Ulaşım: | Servis( ) Toplu Taşıma( ) Yürüyerek( ) Aile İle( )  |
| Aile Gelir Durumu: | Çok İyi( ) İyi( ) Orta( ) Düşük( ) Çok Kötü( )  |
| Boy – Kilo: | ................ cm ................kg |
| Geçirdiği Kaza | Yok( ) İş Kazası( ) Ev kazası( ) Okul Kazası( ) Varsa açıklayınız ..................................................................................................... |
| Geçirdiği Ameliyat | Yok( ) Apandist( ) Fıtık( ) Göz( ) Kalp( ) Diğer (belirtiniz) ................. |
| Kullandığı Cihaz-Protez | Yok( ) Görsel( ) İşitsel( ) Ortopedik( ) Diğer (belirtiniz) .................  |
| Sürekli Hastalığı | Yok( ) Var (belirtiniz)............................................................................ |
| Kardeş Sayısı | Yok( ) 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5 ve daha fazla( )  |

BABANIN:

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı: |  Sağ ( ) Vefat( )  |
| Doğum Tarihi: |  | Öğrenim Durumu: |
| Mesleği: |  |
| Sürekli Hastalığı:  | Yok( ) Var( ) ise belirtiniz.............................................. |
| Engel Durumu: | Yok( ) Var( ) ise belirtiniz.............................................. |

ANNENİN:

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı: |  Sağ ( ) Vefat( )  |
| Doğum Tarihi: |  | Öğrenim Durumu: |
| Mesleği: |  |
| Sürekli Hastalığı:  | Yok( ) Var( ) ise belirtiniz.............................................. |
| Engel Durumu: | Yok( ) Var( ) ise belirtiniz.............................................. |

ANNE – BABA:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Beraber ( ) Boşanmış ( )  |
| Anne-Baba (Veli)Telefon No | Ev: İş:GSM (cep): |
| Öğrencinin katıldığı ya da ilgi duyduğu sosyal ve sportif faaliyetler:(lisans vb. belgeniz varsa belirtiniz) |  |
| Evde internet bağlantısı var mı? | Var ( ) Yok ( ) |
| Kendine ait bilgisayarın ya da tabletin var mı? | Var ( ) Yok ( ) |
| Ebada derslere nasıl erişim sağlıyorsun ? | ……………………………… |
| Sınıf Rehber Öğretmeninle iletişimi nasıl sağlıyorsun? | Eba ( ) tlf ( ) e mail( ) |

*Yıldız işaretli bölüm, uzaktan eğitim süreci verilerine ulaşmamız için doldurulması* ***önemlidir*!**