



T.C.  
GEBZE KAYMAKAMLIĞI  
Ayşe Sıdika Alışan İlkokulu



2024 – 2025 Eğitim Öğretim Yılı E-Okul Öğrenci Bilgi Güncelleme Formu

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		Velisi Kim	<input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> .....
T.C. Kimlik Numarası		Sınıfı/Numarası	
Anasınıfına Gitti mi?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Kan Grubu	
Kiminle Oturuyor	<input type="checkbox"/> Ailesiyle <input type="checkbox"/> Annesiyle <input type="checkbox"/> Babasıyla <input type="checkbox"/> Velisiyle		
Oturduğu Ev Kira Mı?	<input type="checkbox"/> Kendilerinin <input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Lojman		
Kendi Odası Var Mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		
Ev Ne ile Isınıyor	<input type="checkbox"/> Doğal Gaz <input type="checkbox"/> Elektrikli Isıtıcı <input type="checkbox"/> Kalfifer <input type="checkbox"/> Soba <input type="checkbox"/> Diğer		
Okula Nasıl Geliyor	<input type="checkbox"/> Ailesiyle <input type="checkbox"/> Servisle <input type="checkbox"/> Toplu Taşıma <input type="checkbox"/> Yürüyerek		
Bir İşte Çalışıyor Mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Aile Dışında Kalan Var Mı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		
Geçirdiği Kaza	<input type="checkbox"/> Kaza Geçirmedi <input type="checkbox"/> Ev Kazası <input type="checkbox"/> İş Kazası <input type="checkbox"/> Okul Kazası <input type="checkbox"/> Trafik Kazası		
Geçirdiği Ameliyat	<input type="checkbox"/> Ameliyatı Geçirmedi <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Apandist <input type="checkbox"/> Fıtık <input type="checkbox"/> Göz <input type="checkbox"/> Kalp		
Kullandığı Cihaz Protez	<input type="checkbox"/> Cihaz Protez Yok <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Görsel <input type="checkbox"/> İşitsel <input type="checkbox"/> Ortopedik		
Geçirdiği Hastalık	<input type="checkbox"/> Hastalık Geçirmedi <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Çocuk Felci <input type="checkbox"/> Havale <input type="checkbox"/> Menenjit <input type="checkbox"/> Sara		
Sürekli Hastalığı	<input type="checkbox"/> Sürekli Hastalığı Yok <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Siroz <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Tansiyon <input type="checkbox"/> Verem		
Sürekli Kullandığı İlaç	<input type="checkbox"/> Kullandığı İlaç Yok <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Şeker		
Kardeş Sayısı(Kendisi Hariç)	.....	Boy	.....cm Kilo
Hanede yaşayan kişi sayısı: .....		Aile Gelir Durumu:	<input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Çok Kötü
BABA BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		Öğrenim Durumu	
Mesleği		E-posta	
Cep Telefonu:		Ev / İş Telefonu:	
Sürekli Hastalığı	<input type="checkbox"/> Sürekli Hastalığı Yok <input type="checkbox"/> Diğer		
Engel Durumu	<input type="checkbox"/> Herhangi bir özrü yok <input type="checkbox"/> Özür varsa özür türünü yazınız : .....		
ANNE BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		Öğrenim Durumu	
Mesleği		E-posta	
Cep Telefonu:		Ev / İş Telefonu:	
Sürekli Hastalığı	<input type="checkbox"/> Sürekli Hastalığı Yok <input type="checkbox"/> Diğer		
Engel Durumu	<input type="checkbox"/> Herhangi bir özrü yok <input type="checkbox"/> Özür varsa özür türünü yazınız : .....		
ACİL DURUMLARDA ANNE BABA DIŞINDA İRTİBAT KURULABİLECEK KİŞİLER			
Adı - Soyadı	İletişim Numarası		
Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan eder, bu bilgilerde yanlışlık olduğu takdirde doğacak sonuçlardan sorumlu olduğumu kabul ederim. ...../...../2024			
Veli Adı Soyadı: .....			
İmza: .....			