**Ek-7**

**OKUL REVİRİ ÖĞRENCİ KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Öğrencinin Adı ve Soyadı |  | |
| TC Kimlik No |  | |
| Doğum tarihi ve Yeri |  | |
| Baba Adı |  | |
| Anne Adı |  | |
| Ev Adresi |  | |
| Ev Telefon Numarası |  | |
| Annenin Mesleği / Cep Numarası |  |  |
| Babanın Mesleği / Cep Numarası |  |  |
| Öğrencinin Cep Numarası |  | |
| Kronik bir rahatsızlığı var mı?  (Kalp.Hast.,Diyabet, Epilepsi, Ailevi Akdeniz Ateşi, Talasemi, vb.) |  | |
| Düzenli kullandığı bir ilaç var mı? |  | |
| İlaç alerjisi var mı? |  | |
|  | |
| Ailede Kalıtsal Hastalık Var mı? |  | |
|  | |
| Gıda ya da Böcek Alerjisi Var mı? |  | |
| Vücudunda Protez var mı?  (Kalp pili ve stent dahil) |  | |
| Gözlük Kullanıyor mu? | Evet ( ) Hayır ( ) | |
| Kullanıyorsa Numarası: | |
| Kan Grubu |  | |

Veli

Adı ve Soyadı

İmza: