



**TOROSLAR İLÇE MİLLÎ EĞİTİM  
MÜDÜRLÜĞÜ**  
...../OKULU  
**ÖĞRENCİ SAĞLIK BİLGİ FORMU**

ADI SOYADI	<input type="text"/>		
SINIFI	<input type="text"/>	DOĞUM TARİHİ	<input type="text"/>
ADRESİ	<input type="text"/>		
KAN GRUBU	<input type="text"/>	SÜREKLİ HASTALIĞI	<input type="text"/>
ALERJİ	<input type="text"/>		

**ACİL SEVK**

- Velisi bulunduğum .....Okullu .....sınıfı öğrencisi  
.....'ın okul saatleri  
içerisinde hastaneye sevk ihtiyacı olduğunda .....  
hastanesine sevkini istiyor ve masrafların tarafımda karşılanacağını  
beyan ediyorum .
- Hastane tercihim yok. Okulun yönlendireceği hastaneyi kabul ediyorum ve  
masrafların tarafımda karşılanacağını beyan ediyorum

**ACİL DURUMLARDA HABER VERİLECEK TELEFON NUMARALARI**

1. Anne : Adı Soyadı :

Tel No: .....

2. Baba : Adı Soyadı : .....

Tel No: .....

3. Diğer Kişiler :

Yakınlık Derecesi : .....

Adı Soyadı : .....

Tel No: .....

**Öğrenci önemli bir çocukluk hastalığı geçirdi mi? Yanıtınız evet ise lütfen ayrıntılı bilgi veriniz.** \_\_\_\_\_

**Halen okul tarafından bilinmesinde yarar gördüğünüz bir ilaç tedavisi görüyor mu? Yanıtınız evet ise lütfen bilgi veriniz.**

**Okul tarafından bilinmesinde yarar gördüğünüz önemli bir kaza geçirdi mi? Yanıtınız evet ise lütfen bilgi veriniz.**

**Çocuğunuzun sağlık dosyasında yer almasında yarar gördüğünüz başka hususlar varsa lütfen belirtiniz.**

**Okulda hastalanması ya da kazaya uğraması halinde öğrencime gerekirse ilaç verilebilir. EVET: HAYIR :**

**Okulda hastalanması ya da kazaya uğraması halinde öğrencime ilkyardım yapılabilir.**

**EVET : HAYIR :**

**Öğrencimin zamanı gelen aşıları, önceden bildirilmek kaydıyla okulda yapılabilir.**

**EVET : HAYIR :**

**Verdiğim bütün bilgiler eksiksiz ve doğrudur.**

**Çocuğumun ciddi sağlık sorunlarıyla ilgili herhangi bir önemli bilgiyi eksik aktarmam halinde yaşanacak sağlık sorunlarındaki tüm sorumluluğu kabul ederim.**

**Veli Adı Soyadı İmza**