|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİSİ** |
| Adınız Soyadınız: | Cinsiyetiniz: |
| Sınıfınız ve Numaranız: | Doğum Yeri ve Doğum Tarihiniz: |
| Okulunuz: | Adresiniz: |
| Okul öncesi eğitim aldınız mı? | Sürekli kullandığınız ileç ve tıbbi cihaz var mı? Nedir? |
| Ne yapmaktan hoşlanırsınız? | Sürekli bir hastalığınız var mı? Varsa nedir? |
| Yakın zamanda taşındınız mı, okul değiştirdiniz mi? | Ders dışı faaliyetleriniz nelerdir? |
| Kendinize ait teknolojik aletleriniz var mı?Varsa günde/haftada ne kadar süre kullanırsınız? | Hala etkisi altında olduğunuz bir olay yaşadınız mı? Yaşamışsanız açıklayınız? |
| **VELİ BİLGİSİ** |
| Adı-Soyadı: | Yakınlığı: |
| Telefon Numarası: |
| Eğitim Durumu: | Mesleği: |
| **Anne** |  | **Baba** |
|  | Adı Soyadı |  |
|  | Doğum Yeri / Doğum Tarihi |  |
|  | Öz mü? |  |
|  | Sağ mı? |  |
|  | Engel durumu var mı? |  |
|  | Eğitim Durumu |  |
|  | Mesleği |  |
| **AİLE BİLGİSİ** |
| Kaç kardeşsiniz? | Ailenizin kaçıncı çocuğusunuz? |
| Okula giden kardeş sayınız. | Aile üyelerinde sürekli bir hastalığı/engeli olan biri var mı? Varsa yazınız. |
| Evinizde sizinle birlikte kim/kimler yaşıyor? Yakınlık derecelerini belirtiniz. |