|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | |