

## ใบสมัคร

### ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง

เขียนที่ .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

#### ข้อมูลเด็ก

1. เด็กชื่อ - นามสกุล.....เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
2. เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... อายุ..... ปี.....เดือน.....  
โรคประจำตัว.....กรุปเลือด.....
3. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด.....
4. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด..... โทร.....  
บิดาชื่อ..... อาชีพ.....  
มารดาชื่อ..... อาชีพ.....

#### ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ

1. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ  
 บิดา  มารดา  ทั้งบิดา - มารดาด้วยกัน  
 ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
2. อาชีพบิดามารดา หรือผู้ดูแลอุปการะ.....มีรายได้ต่อเดือน.....บาท
3. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
4. ผู้ที่รับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

#### คำรับรอง

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของ อบต.หัวเมือง เข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
2. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาลี้ภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หัวเมือง
3. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของ อบต.หัวเมือง และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

## ใบมอบตัว

### ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง

### สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
อาชีพอ.....รายได้..... บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....  
ถนน/ตรอก/ซอย..... ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของ  
เด็กชาย/เด็กหญิง.....เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง ดังนี้

1. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง  
อย่างเคร่งครัด

2. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง ในการจัด  
การเรียนการสอนและจัดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวก  
รวดเร็วที่สุด บ้านเลขที่..... โทรศัพท์.....  
อนึ่ง ถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง.....เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาลหรือพบ  
แพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบได้โดยข้าพเจ้า  
ขอรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทุกประการ

#### ผู้รับส่งเด็ก

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... โดยเกี่ยวข้องกับ.....  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

