



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลปากกระดาน
เรื่อง การรับสมัครเด็กเล็กเพื่อเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลปากกระดาน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑

ด้วยกองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม องค์การบริหารส่วนตำบลปากกระดาน จะเปิดรับสมัครเด็กเล็ก โดยทำการคัดเลือกให้เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลปากกระดาน ทั้ง ๕ แห่ง ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการรับสมัคร ดังต่อไปนี้

๑. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เปิดรับสมัคร

- ๑.๑ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านในคลอง หมู่ ๙
- ๑.๒ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดกลางปากกระดาน หมู่ ๑๓
- ๑.๓ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าใหม่ หมู่ ๖
- ๑.๔ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดช้าง หมู่ ๑
- ๑.๕ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดปากกระดาน หมู่ ๑๐

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

- ๒.๑ เด็กที่สมัครต้องมีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในเขตตำบลปากกระดาน หรือตำบลใกล้เคียง
- ๒.๒ เด็กที่สมัครต้องมีอายุครบ ๒ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑
(เด็กเล็กต้องเกิดก่อนวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๙)
- ๒.๓ เด็กเล็กที่สมัครต้องมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคอื่นๆ ที่จะทำ
ให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

๓. หลักฐานและเอกสารที่ต้องนำมาในวันสมัคร

- ๓.๑ ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว
- ๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
- ๓.๓ สำเนาสูติบัตร จำนวน ๑ ชุด
- ๓.๔ สำเนาบัตรประชาชนของบิดาและมารดา จำนวน ๑ ชุด
- ๓.๕ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดาและมารดา จำนวน ๑ ชุด
- ๓.๖ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๖ ใบ
- ๓.๗ กรณีผู้ปกครองมิใช่บิดาหรือมารดา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวผู้ปกครอง จำนวน
๑ ชุด
- ๓.๘ กรณีผู้ปกครองมิใช่บิดาหรือมารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านผู้ปกครอง จำนวน
๑ ชุด

๔. วัน เวลา สถานที่รับสมัคร

- ๔.๑ ใบสมัคร ติดต่อบริการสมัคร ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๑ ในวันและเวลาราชการ ได้ที่
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลปากกระดานทุกแห่ง และที่กองการศึกษา ศาสนาและ
วัฒนธรรม องค์การบริหารส่วนตำบลปากกระดาน สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. ๐-๓๕๗๐-๕๒๒๑-๓ ต่อ
๑๕ หรือ ๐๘๗-๑๑๗๙๒๕๐

๔.๒ รับสมัครระหว่างวันที่ ๑ เมษายน - ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลปากกรานทุกแห่ง และที่กองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม องค์การบริหารส่วนตำบลปากกราน ในวันและเวลาราชการ

๕. วันมอบตัว ให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองนำเด็กไปมอบตัว ในวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลปากกราน ที่ท่าน ได้นำเด็กเล็กไปสมัครเรียนไว้

๖. กำหนดการเปิด - ปิด ภาคเรียน

ภาคเรียนที่ ๑/๒๕๖๑ เปิดเรียนวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป (ไม่มีปิดภาคเรียน)

กำหนดเวลาเรียน เปิดเรียนวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา ตั้งแต่ ๐๘.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.

๗. อุปกรณ์การเรียนและเครื่องใช้ส่วนตัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดให้ตลอดปีการศึกษา คือ อุปกรณ์การเรียนการสอน

๘. เครื่องใช้อื่นๆ ประกอบด้วย ชุดนักเรียน ชุดพละ ผ้ากันเปื้อน และชุดเครื่องนอน ฯลฯ ผู้ปกครองต้องจัดหาเอง

๙. อาหารสำหรับเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จัดอาหารให้ ๒ เวลา ดังนี้

เวลา ๑๑.๓๐ น. อาหารกลางวัน/อาหารว่าง

เวลา ๑๔.๐๐ น. อาหารเสริม (นม)

๑๐. การรักษาความปลอดภัยแก่นักเรียน

๑๐.๑ ศูนย์พัฒนาเด็กจะรับ-ส่งนักเรียน ให้กับบิดา มารดาหรือผู้ปกครองที่ได้ลงทะเบียนไว้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเท่านั้น กรณีบิดา มารดาหรือผู้ปกครองที่ลงทะเบียนไว้ไม่สามารถมารับ-ส่งนักเรียนไม่ได้ ต้องแจ้งเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับนักเรียนให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทราบล่วงหน้า (เพื่อความปลอดภัยของบุตรหลานท่าน)

๑๐.๒ การมารับ-ส่งนักเรียน ผู้ปกครองจะต้องไม่นำเด็กส่งต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ก่อนเวลา ๐๗.๓๐ น. ให้มารับกลับตั้งแต่เวลา ๑๔.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. และไม่ช้ากว่าเวลา ๑๕.๓๐ น. ทั้งนี้เพราะทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เด็กอยู่ที่ศูนย์ฯ โดยไม่มีผู้ดูแล เว้นแต่มีความจำเป็น ซึ่งต้องขออนุญาตต่อหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละครั้ง

๑๐.๓ ในกรณีที่หยุดเรียนด้วยประการใดๆ ก็ตามบิดา มารดา หรือผู้ปกครองต้องติดต่อแจ้งให้ครูผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทราบเป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางโทรศัพท์

๑๐.๔ ห้ามนักเรียนนำเครื่องตี๋ม ขนมกรูบกรอบ และเครื่องใช้/ของเล่นที่อาจเป็นอันตราย มาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยเด็ดขาด

๑๐.๕ ห้ามนักเรียนสวมหรือนำเครื่องประดับหรือของเล่นที่มีราคาแพงมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หากฝ่าฝืนและเกิดการสูญหาย ทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น

๑๐.๖ หากผู้ปกครองมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับนักเรียน ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โปรดติดต่อกับเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือเจ้าหน้าที่กองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรมโดยตรง ถ้ามีการนัดหมายล่วงหน้าก็จะทำให้สะดวกยิ่งขึ้น

๑๑. กรณีเด็กเล็กที่มีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศ องค์การบริหารส่วนตำบลปากกราน
อาจพิจารณาไม่รับเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกกรณี

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๑



(นายเสนห์ จันทร์สุนทร)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปากกราน

..... ปลัด อบต.
..... หัวหน้าสำนักงานปลัด
..... หัวหน้าส่วน
..... ร่าง/พิมพ์/ทาน

ใบสมัคร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลปากกราน

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้อมูลเด็ก

๑. เด็กชื่อ - นามสกุล..... ชื่อเล่น.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....
(นับถึงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๙) โรคประจำตัว.....
๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทร (บ้าน).....(มือถือ).....
บิดาชื่อ - นามสกุล.....อาชีพ.....
มารดาชื่อ - นามสกุล.....อาชีพ.....
มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

ข้อมูลบิดา มารดาหรือผู้ดูแลอุปการะเด็ก

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ
๑.๑ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ทั้งบิดา - มารดาร่วมกัน
๑.๒ ☐ ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
๑.๓ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
๒. ผู้ดูแลอุปการะเด็ก ตามข้อที่ ๑
๒.๑ ชื่อ.....อาชีพ.....
๒.๒ มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท
๒.๓ ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
๓. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
โดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก เบอร์โทรติดต่อ.....

คำรับรอง

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครขององค์การบริหารส่วนตำบลปากกรานเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อบต.ปากกราน
๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดขององค์การบริหารส่วนตำบลปากกราน และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....

ใบมอบตัว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

องค์การบริหารส่วนตำบลปากกระรอน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....
บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของ (เด็กชาย/เด็กหญิง)
.....เข้าเป็นเด็กนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....
สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลปากกระรอน และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลปากกระรอน ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลปากกระรอน อย่างเคร่งครัด

๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลปากกระรอนในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด.....
.....โทรศัพท์.....
อนึ่งถ้า (เด็กชาย/เด็กหญิง).....เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาล หรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ผู้ส่งมอบเด็ก

(นาย/นาง/นางสาว).....โดยเกี่ยวข้องเป็น.....
เบอร์โทร.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....
(.....)(.....)
วันที่.....วันที่.....

หมายเหตุ หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร

๑. ตัวเด็ก

๒. สำเนาสูติบัตร

๓. สำเนาทะเบียนบ้าน

๔. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๖ ใบ

๕. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลปากกระรอน ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว

๖. สมุดบันทึกสุขภาพ หรือใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

ทะเบียนประวัตินักเรียน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

องค์การบริหารส่วนตำบลปากกระรอน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เลขประจำตัว.....

(เด็กชาย/เด็กหญิง).....ชื่อเล่น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก ☐ สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์ คือ.....

กรุ๊ปเลือด ☐ เอ ☐ บี ☐ เอบี ☐ โอ

บิดาชื่อ.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

มารดาชื่อ.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องเป็น.....กับเด็ก อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันของนักเรียน เลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีพี่น้องทั้งหมด.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน นักเรียนเป็นบุตรคนที่.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร นักเรียนมีโรคประจำตัว.....

เมื่อมีอาการควรแก้ไขอย่างไร.....

ประวัติแพ้ยา (บอกชนิดยา).....แพ้อาหาร (บอกชนิด).....

นิสัยในการรับประทานอาหาร.....การดื่มนม.....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย.....เมื่ออายุ.....ปี

การได้รับภูมิคุ้มกัน.....

นักเรียนเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน.....

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของนักเรียน.....

เด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....

ข้อมูลอื่นๆ ที่ควรแจ้งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.ปากกระรอน ได้รับทราบ.....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....

บันทึกประวัติสุขภาพ

ของ (เด็กชาย/เด็กหญิง).....ชื่อเล่น.....

- | | | |
|-------------------|---|--|
| ๑. ประวัติการคลอด | ☐ ปกติ | ☐ ไม่ปกติ |
| ๒. สายตา | ☐ ปกติ | ☐ ไม่ปกติ |
| ๓. การเริ่มพูด | ☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) | ☐ ไม่ปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง) |
| ๔. การเริ่มเดิน | ☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) | ☐ ไม่ปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง) |
| ๕. การผ่าตัด | ☐ ไม่มี
☐ มี ไม่รุนแรง คือ.....
☐ มี รุนแรง คือ..... | |
๖. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือ.....เมื่อ.....
- | | | |
|---------------------------|--|--|
| ๗. โรคประจำตัว บิดา/มารดา | ☐ ไม่มี
☐ วัณโรค
☐ หัวใจ
☐ เคยป่วยเป็น..... | ☐ มี โรคประจำตัวเหล่านี้
☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู
☐ มะเร็ง |
| ๘. โรคประจำตัว นักเรียน | ☐ ไม่มี
☐ วัณโรค
☐ หัวใจ
☐ เคยป่วยเป็น..... | ☐ มี โรคประจำตัวเหล่านี้
☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู
☐ มะเร็ง |
| ๙. การได้รับภูมิคุ้มกัน | ☐ คอตีบ
☐ บาดทะยัก
☐ บีซีจี | ☐ หัดเยอรมัน ☐ ไอกรน
☐ โปลิโอ ☐ ตับอักเสบบ
☐ อื่นๆ คือ..... |

สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำคือ

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

วันที่บันทึก.....