



# สถานรับเลี้ยงและพัฒนาศกยภาพเด็ก ชันโซน์ เนอสเซอร์รี่

## SUNSHINE NURSERY

เลขที่ 1168-1170 ซอย เศรษฐีทวีทรัพย์ 1 ถนน สุขุมวิท ๕๕ แขวง คลองเตย เขต คลองเตย กรุงเทพฯ 10110

### ใบสมัครฝากดูแลเด็กก่อนเข้าเรียน

วันที่มาสมัคร.....

### ข้อมูลทั่วไป

เด็กชาย/เด็กหญิง.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ(เดือน).....

เกิดที่โรงพยาบาล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....

แผนที่บ้าน

### เอกสารใช้ประกอบการสมัคร

1. สูติบัตร
2. สำเนาบัตรประชาชน บิดา/มารดา
3. สำเนาทะเบียนบ้าน บิดา/มารดา/บุตร
4. สำเนาบัตรประชาชนผู้ที่ได้รับอนุญาตให้มารับเด็กแทนได้
5. สมุดคู่มือการฉีดวัคซีน

1. **บิดา** ชื่อ-สกุล (กรณาระบุค่านำหน้าชื่อกรณีนีมียศ, ตำแหน่ง).....

อายุ.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้).....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....Line ID.....

E-mail:.....จบการศึกษาระดับ.....รายได้ต่อเดือน.....

ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

2. **มารดา** ชื่อ-สกุล (กรณาระบุค่านำหน้าชื่อกรณีนีมียศ, ตำแหน่ง) .....

อายุ.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้).....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....Line ID.....

E-mail:.....จบการศึกษาระดับ.....รายได้ต่อเดือน.....

ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

### 3. สถานภาพ บิดา/มารดา

จดทะเบียนสมรส       ไม่จดทะเบียนสมรส       อยู่ด้วยกัน       แยกกันอยู่

หย่า       อื่นๆ.....

### 4. ข้อมูลผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเด็ก

บิดา       มารดา       บิดาและมารดา       บุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กเป็น.....

## 5. ข้อมูลผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของเด็กกรณีไม่ใช่บิดา/มารดา

ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์.....อายุ.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สัญชาติ.....

เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อ).....

.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail:.....จบการศึกษาระดับ.....รายได้ต่อเดือน.....

ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

## 6. ผู้ที่สามารถมารับเด็กแทนบิดา/มารดาได้ และ ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์.....อายุ.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สัญชาติ.....

เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อ).....

.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail:.....จบการศึกษาระดับ.....รายได้ต่อเดือน.....

ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

**หมายเหตุ:** ในกรณีที่บิดา/มารดาไม่สามารถมารับเด็กได้แต่ได้มอบหมายให้บุคคลอื่นมารับแทน กรุณา

โทรแจ้งล่วงหน้าทุกครั้ง

## ประวัติสุขภาพเด็ก

### พัฒนาการและอุปนิสัย

ดื่มนม..... มื้อละ.....Oz.....ครั้ง/วัน (ผู้ปกครองเตรียมมาให้เด็ก)

เริ่มฝึกขับถ่ายเมื่ออายุ.....เดือน ขับถ่ายวันละ.....ครั้ง

ฝึกการขับถ่ายเป็นนิสัย

เพิ่งเริ่มฝึก

ลักษณะการขับถ่าย  แข็ง  เหลว

คำพูดที่เด็กบอก เมื่อต้องการอุจจาระ "....."

เมื่อต้องการปัสสาวะ "....."

รับประทานอาหารด้วยตนเองได้หรือไม่  ได้ ดื่มน้ำ,นมจากแก้วเองได้หรือไม่  ได้

ไม่ได้  ไม่ได้

ลักษณะ: อาหารเช้า .....

กลางวัน .....

เย็น .....

อาหารว่าง .....

อาหารที่เด็กไม่ชอบ .....

### สิ่งที่เด็กแพ้ และ ลักษณะอาการแพ้

1. อาหาร: .....

ลักษณะอาการแพ้: .....

2. ยา: .....

ลักษณะอาการแพ้: .....

3. ของใช้ แชมพู,โลชั่น: .....

ลักษณะอาการแพ้: .....

## ลักษณะการนอน

นอนหงาย                       นอนคว่ำ                       นอนนอนตะแคง

ของเล่นที่เด็กติดก่อนนอน.....

## ประวัติการเจ็บป่วย กรณาระบุชนิดความรุนแรงของโรค และยาประจำตัวที่ต้องใช้

ประวัติการเป็นโรคติดเชื้อ อีสุกอีใส คางทูม อื่นๆ.....

หลอดลมอักเสบ หอบหืด โรคทางเดินหายใจ อื่นๆ.....

ความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด.....

เบาหวาน.....

โรคลมชัก ชักจากไข้สูง.....

แผล ผื่นตามตัว อื่นๆ.....

ประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือได้รับอุบัติเหตุ.....

พิษ สัตว์เลี้ยง อื่นๆ .....

โรคประจำตัวอื่นๆ.....

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการคลอด.....

- ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินให้นำเด็กส่งโรงพยาบาล.....

- ปัจจุบัน กรณี เจ็บ/ป่วย/รักษาที่โรงพยาบาล.....

- แพทย์ประจำตัว ชื่อ.....

## การตรวจร่างกายแรกรับ

น้ำหนัก.....Kg. ส่วนสูง.....Cm. รอบศีรษะ.....Cm. ลักษณะรูปร่าง.....

อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส ชีพจร.....ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที

หมู่โลหิต ABO.....Rh.....

## ลักษณะทั่วไป

ตา..... หู..... ช่องปาก.....

คอ..... จมูก..... ผิวหนัง.....

หัวใจ..... ปอด..... ช่องท้อง.....

กระดูกสันหลัง..... แขนขา..... อื่นๆ.....

ลงชื่อผู้ตรวจร่างกาย.....วันที่.....

## เอกสารรับทราบเงื่อนไขและข้อตกลงร่วมกัน

ทางชันโซน์ เนอสเซอร์ ได้ดูแลและปฏิบัติต่อเด็กตามมาตรฐานการดูแลเด็กปฐมวัย พระราชบัญญัติ คุ่มครองเด็กและ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพอย่างเคร่งครัด ดังนั้นข้อตกลงที่เกิดขึ้นระหว่าง ชันโซน์ เนอสเซอร์กับข้าพเจ้าในฐานะผู้ปกครองของ เด็กหญิง/เด็กชาย.....ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับเงื่อนไขและข้อตกลงของสถานรับเลี้ยงเด็ก ชันโซน์ เนอสเซอร์ แล้วเป็นอย่างดี ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามตามเงื่อนไขข้อตกลงตามระเบียบการนั้นอย่างเคร่งครัด หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อตกลงตามระเบียบการดังกล่าว ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบความเสียหายใดๆที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขและข้อตกลงนั้นโดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ามีความยินยอมตามเงื่อนไขและข้อตกลง

ลงชื่อ.....(บิดา)

ลงชื่อ.....(มารดา)

วันที่.....

**หมายเหตุ:** 1. หยุดวัน เสาร์ – อาทิตย์ และ วันนักขัตฤกษ์

2. หยุดวันแรงงาน

## อุปกรณ์ของใช้ที่ทางสถาบันรับเลี้ยงเด็กจัดให้

1. แชมพู/สบู่เหลว ยี่ห้อ “Johnson and Johnson”, “Baby Mild”, “Care”,  
และ “Dermapon”
2. วาสลีน (Vaseline)
3. สำลี, คัตเตอร์ปัต
4. หมอน, ผ้าปูที่นอน
5. ขงว่าง ๒ มือ (ผลไม้, ขนมขบเคี้ยว)
6. อาหารกลางวัน 1 มือ

## อุปกรณ์ที่ผู้ปกครองต้องเตรียมมา

1. ขวดนมล้าง/ฆ่าเชื้อแล้ว
2. นมแม่, นมผง แบ่งให้ทานแต่ละมื้อ/หรือกระป๋องเล็กๆ
3. เสื้อผ้าเด็กใส่กลับ, ใส่ในเวลากลางวัน
4. ผ้าอ้อมเด็ก, ผ้าเช็ดตัว, ผ้าห่ม, หมอนพิเศษ(หมอนหลุม), หมอนข้าง
5. แพนเพิส