



ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม

เรื่อง รับสมัครเด็กเพื่อเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

ด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม สังกัดกองการบริหารส่วนตำบลฟ้าหยาด จะเปิดรับสมัครเด็ก เพื่อทำการคัดเลือกให้เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการรับสมัคร ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑.๑ เด็กที่สมัครต้องมีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลฟ้าหยาด

๑.๒ ผู้สมัครเข้าเรียน ต้องมีอายุครบ ๒ ขวบ – ๔ ขวบ นับถึงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๗
(คือต้องเกิดตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

๑.๔ เด็กที่สมัครต้องเป็นเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคอื่นๆ ที่จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

๒. หลักฐานและเอกสารที่ต้องนำมาในวันสมัคร

๒.๑ ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม

(ต้องกรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน)

๒.๒ สำเนาสูติบัตร จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประชาชนของบิดา จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ สำเนาบัตรประชาชนของมารดา จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๖ สำเนาประวัติการรับวัคซีน

๒.๗ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว (หน้าตรงไม่สวมหมวก) จำนวน ๖ รูป

๒.๘ สำเนาหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ-ชื่อสกุล (ถ้ามี)

๓. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ขอรับใบสมัครและระเบียบการและยื่นใบสมัครได้ ในวันและเวลาราชการ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม

๖. กำหนดภาคเรียน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

- ภาคเรียนที่ ๑ วันอังคารที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๗

- ภาคเรียนที่ ๒ วันพุธที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

กำหนดระยะเวลาเรียน

- เปิดเรียนวันจันทร์ – วันศุกร์

- เวลาเข้าเรียน ๐๘.๐๐ น. – เวลาเลิกเรียน ๑๕.๐๐ น.

๗. อุปกรณ์การเรียนและเครื่องใช้ส่วนตัวที่ผู้ปกครองต้องจัดหามาเอง

๗.๑ ชุดนักเรียน ชุดพลະ ชุดผ้าไทย กระเป๋านักเรียนและรองเท้านักเรียน

๗.๒ เครื่องใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า,ชุดล้างมือและชุดเครื่องนอน (ผู้ปกครองต้องนำติดตัวมาในวันเปิดเรียนวันแรก)

๘. อาหารสำหรับเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จัดอาหารให้ ๓ เวลา ดังนี้

- เวลา ๑๐.๐๐ น. อาหารเสริม
- เวลา ๑๑.๐๐ น. อาหารกลางวัน
- เวลา ๑๔.๐๐ น. อาหารว่าง

๙. การรักษาความปลอดภัยแก่นักเรียน

๙.๑ บิดา - มารดา หรือผู้ปกครองที่เดินทางไปรับนักเรียนกลับบ้าน ต้องลงชื่อรับเด็กแก่เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม ด้วยทุกครั้ง (เพื่อความปลอดภัยของบุตรหลานท่าน)

๙.๒ การมารับและส่งเด็ก ผู้ปกครองนำเด็กมาส่ง เวลา ๐๗.๓๐ น. - ๐๘.๑๐ น.และให้รับกลับ เวลา ๑๕.๐๐ น. ทั้งนี้วันแต่มีความจำเป็น ซึ่งต้องขออนุญาตต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละครั้ง เพราะทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม ไม่ประสงค์ให้เด็กอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม โดยไม่มีผู้ดูแล

๙.๓ ในกรณีที่เด็กหยุดเรียนด้วยประการใด ๆ ก็ตามบิดามารดาหรือผู้ปกครองจะต้องแจ้ง ให้ทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญารามทราบเป็นลายลักษณ์อักษร หรือทางโทรศัพท์

๙.๔ ห้ามนำเครื่องดื่มน้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยว และเครื่องใช้/ของเล่นที่อาจเกิดอันตราย มาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญารามโดยเด็ดขาด

๙.๕ ห้ามสวมหรือนำเครื่องประดับ และของเล่นที่มีราคาแพงไปที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หากฝ่าฝืนหรือเกิดการสูญหาย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม จะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น

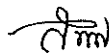
๙.๖ กรณีเด็ก เจ็บป่วย ต้องร่วมมือกับทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม นำพาเด็กไปรักษาตัว จนกว่าจะหายจึงนำเด็กนักเรียนมาเรียนได้ตามปกติ

๙.๗ หากผู้ปกครองมีปัญหาใดๆโปรดติดต่อกับเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม ถ้ามีการนัดหมายล่วงหน้าก็จะทำให้สะดวกยิ่งขึ้น หรือโทร.๐๘๙๒๘๔๒๕๔๙ นางสาวอภิรา บุนญา ครูชำนาญการ ๐๙๖๔๑๒๔๗๒๒ นางสาวรัตติยากร วงศ์คำชัย ครูผู้ดูแลเด็ก ๐๘๕๕๑๕๕๓๕๗ นางอุไรวรรณ บัวบาล ผู้ช่วยครูผู้ดูแลเด็ก

๑๐. กรณีเด็กที่สมัครมีภูมิลาเนาหรืออาศัยอยู่นอกเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือมีอายุ ไม่ครบตามที่กำหนดตามข้อ ๑.๑ และข้อ ๑.๒ ให้คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพิจารณา ขอยกเว้นโดยความเห็นชอบของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายสุรศักดิ์ พงษ์น้ำ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลฟ้าหยาด

ใบสมัคร
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม

เขียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัคคสัญญาราม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลเด็ก

๑. เด็ก ชื่อ - นามสกุล.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี.....เดือน.....
(นับตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤษภาคม) โรคประจำตัว.....
๓. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
๔. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทร. (ถ้ามี)
- บิดาชื่อ.....อาชีพ.....
- มารดาชื่อ.....อาชีพ.....
- มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาด้วยกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ

๑. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ
 - ๑.๑.....บิดามารดาทั้งบิดา - มารดาด้วยกัน
 - ๑.๒.....ญาติ(โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
 - ๑.๓.....อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
๒. อาชีพบิดามารดา หรือผู้ดูแลอุปการะ.....
๓. ผู้ดูแลอุปการะเด็กตามข้อ ๑. มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท
๔. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
๕. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... โดย
เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

คำรับรอง

๑. ข้าพเจ้าขอรับ รองว่า ได้อ่านประกาศรับ สมัครขององค์การบริหารส่วนตำบลฟ้าหยาด เข้าใจแล้ว เด็ก ที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติ ครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้อง ในการจะให้เด็ก สมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลฟ้าหยาด
๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของ องค์การบริหารส่วนตำบลฟ้าหยาด และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กกำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบมอบตัว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัลลสะณาราม (เทศบาล/อบต.).....อำเภอ.....จังหวัด.....
ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี อาชีพ.....
.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ถนน/ตรอก/
ซอย.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของ เด็กชาย/เด็กหญิง.....เข้าเป็นนักเรียนของ
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัลลสะณาราม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัลล
สะณาราม ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัลลสะณาราม อย่างเคร่งครัด
๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัลลสะณาราม ในการจัดการการเรียน การสอนและขจัดปัญหาต่างๆ ที่
อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด
.....โทรศัพท์..... อนึ่ง ถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง
.....เจ็บป่วย จำเป็นต้องรับส่งโรงพยาบาล หรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้า
อนุญาตให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัลลสะณาราม จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ
โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
๓. ข้าพเจ้าได้ชำระค่าใช้จ่ายและค่าธรรมเนียมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดมัลลสะณาราม ตลอดปีการศึกษาใน
วันมอบตัวเรียบร้อยแล้ว เป็นเงิน.....บาท (.....)

ผู้รับส่งเด็ก

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....โดยเกี่ยวข้องกับ..... เบอร์
โทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.