



**KSÜ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİ KAYIT
VE BİLGİ FORMU**

Doküman Kodu	SS.FR.01
Yayın Tarihi	27.03.2024
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	1

T.C. KİMLİK NO		YATTIĞI KLİNİK	
ADI VE SOYADI		TEŞHİS	
BABA ADI		DOKTOR	
KAYITLI OLDUĞU OKUL		YATIŞ TARİHLERİ	
SINIF/ŞUBE			
OKUL NO			
DOĞUM TARİHİ		TABURCU OLDUĞU TARİHLER	
E-POSTA			
TEL NO			
<p>Yukarıda öğrenci hakkında verdiğim bilgilerin doğruluğunu beyan ederim. Velisi bulunduğum öğrencinin hastane ilköğretim okulunda sunulan eğitim hizmetinden yararlanmasını/eğitim hizmetinin sonlandırılmasını istiyorum.</p> <p>Öğrenci Velisi Adı Soyadı İmza</p>		<p>Yukarıda kimliği yazılı olan öğrencinin hastane ilköğretim okuluna devam etmesinde tıbbi açıdan bir sakınca yoktur.</p> <p>Servis Hekimi Adı Soyadı İmza</p>	
Öğrencinin tedavi süreci ve eğitimine ilişkin bilgiler			
Öğrencinin okuduğu kitap sayısı			