

ใบสมัคร (สำหรับเด็กอายุ ๓ ปี)  
 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครปากเกร็ด.....

เขียนที่.....

สมัครวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

**ข้อมูลเด็ก**

๑. เด็กชื่อ-นามสกุล..... ชื่อเล่น..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....  
 เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....  
 (เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ - ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕) โรคประจำตัว..... แพ้ยา.....
๒. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ถนน/ซอย ..... ตำบล.....  
 อำเภอ..... จังหวัด.....
๓. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน/ซอย..... ตำบล.....  
 อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

**ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลการะ**

๑. บิดาชื่อ..... อาชีพ.....  
 มารดาชื่อ..... อาชีพ.....  
 มีพี่น้องร่วมบิดา-มารดาเดียวกันจำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับ.....
๒. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลการะ / รับผิดชอบของ
  - ๒.๑  บิดา  มารดา  ทั้งบิดา-มารดาร่วมกัน
  - ๒.๒  ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
  - ๒.๓  อื่นๆ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
๓. ผู้ดูแลการะ(ถ้ามี) ชื่อ..... อาชีพ.....
๔. ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
๕. ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว)..... โดยเกี่ยวข้องเป็น.....  
 เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
๖. กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
 เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

**คำรับรอง**

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้อ่านประกาศรับสมัครของเทศบาลนครปากเกร็ดเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานถูกต้องจริง
๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถูกต้องในการที่จะให้เด็กเข้ารับการเตรียมความพร้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครปากเกร็ด
๓. ข้าพเจ้าปฏิบัติตามระเบียบข้อกำหนดของเทศบาลนครปากเกร็ด และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครปากเกร็ดกำหนด

ลงชื่อ ..... ผู้นำเด็กมาสมัคร  
 (.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๘

ใบสมัคร (สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี)  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครปากเกร็ด.....

เขียนที่.....

สมัครวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

**ข้อมูลเด็ก**

- เด็กชื่อ-นามสกุล..... ชื่อเล่น..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....  
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....  
(เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕) โรคประจำตัว..... แพ้ยา.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน/ซอย..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน/ซอย..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

**ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลการะ**

- บิดาชื่อ..... อาชีพ.....  
มารดาชื่อ..... อาชีพ.....  
มีพี่น้องร่วมบิดา-มารดาเดียวกันจำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับ.....
- ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลการะ / รับผิดชอบของ
  - บิดา  มารดา  ทั้งบิดา-มารดาร่วมกัน
  - ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
  - อื่นๆ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
- ผู้ดูแลการะ(ถ้ามี) ชื่อ..... อาชีพ.....
- ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
- ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว)..... โดยเกี่ยวข้องเป็น.....  
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
- กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

**คำรับรอง**

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้อ่านประกาศรับสมัครของเทศบาลนครปากเกร็ดเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัครเป็นหลักฐานถูกต้องจริง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถูกต้องในการที่จะให้เด็กเข้ารับการเตรียมความพร้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครปากเกร็ด
- ข้าพเจ้าปฏิบัติตามระเบียบข้อกำหนดของเทศบาลนครปากเกร็ด และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครปากเกร็ดกำหนด

ลงชื่อ ..... ผู้นำเด็กมาสมัคร  
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๘