



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก “สมศรี แสงแจ่ม”

หลักเกณฑ์ในการรับเด็ก

1. รับเด็กอายุตั้งแต่ 2 – 4 ปี
2. เด็กไม่มีความพิการหรือบกพร่องทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

อัตราค่าบริการ

1. ค่าใบสมัคร 50 บาท
2. ค่าบำรุงวัสดุอุปกรณ์แรกเข้า และทุกเดือนมกราคมของทุกปี 500 บาท
3. ค่าบริการรายเดือน (รวมค่าอาหารกลางวันและอาหารว่างวันละ 2 มื้อ) 2,500 บาท
4. ค่าบริการฝากดูแลนอกเวลาทำการ (เวลา 16.15– 17.00 น. คิดค่าบริการ 100 บาท และหลังจากเวลา 17.00 น. คิดชั่วโมงละ 100 บาท)

เครื่องใช้ส่วนตัวที่ต้องนำมาที่ศูนย์

1. เสื้อผ้าเด็กอย่างน้อย วันละ 3 ชุด
2. ผ้าเช็ดตัวเด็ก (เปลี่ยนทุกวันพุธ) 1 ผืน
3. ที่นอนเด็กแบบพับได้ พร้อมผ้าห่ม (เปลี่ยนทุกวันพุธ) 1 ชุด
4. แปรงสีฟันและยาสีฟัน 1 ชุด
5. ครีมอาบน้ำ 1 ขวด
6. แก้วน้ำสแตนเลส (แบบมีหูจับ) 1 ใบ
7. แป้งเด็ก 1 กระจบ
8. นมกล่อง (นมจืด) วันละ 2-3 กล่อง
9. กระจบอกน้ำ 1 ใบ
10. หน้ากากผ้า พร้อมสายคล้องคอ วันละ 3-4 ผืน
11. ถุงผ้า สำหรับใส่เสื้อผ้าเด็กที่ใช้แล้ว วันละ 1 ใบ
12. ผ้าเช็ดหน้าพร้อมเช็มก๊ัดซ่อนปลาย วันละ 1 ผืน
13. ถุงซิปล็อคสำหรับใส่หน้ากากผ้าที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ วันละ 2 ใบ
14. รองเท้าบูทสำหรับเด็ก 1 คู่



หมายเหตุ

1. ในสัปดาห์แรกที่เด็กมาอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ เพื่อให้เด็กเกิดความคุ้นเคย ขอความกรุณาผู้ปกครองมารับเด็กกลับในเวลาประมาณ 11.00 น. หลังจากนั้นจึงพิจารณาร่วมกันในแต่ละรายว่าเด็กจะสามารถปรับตัวเพื่อที่จะอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ได้หรือไม่ หากสามารถอยู่ได้ผู้ปกครองจึงติดต่อสมัครทำหลักฐานต่อไป
2. เวลาในการส่งเด็ก 07.30 – 08.30 น.
เวลาในการรับเด็ก ก่อน 16.00 น.
3. ขอความกรุณาผู้ปกครองป้อนอาหารเข้าจากที่บ้านก่อนนำเด็กมาส่งทุกครั้ง



ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
มกราคม 2567



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก “สมศรี แสงแจ่ม”

เขียนที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ยื่นวันที่

ข้อมูลเด็ก

1. เด็กชื่อ ด.ช./ด.ญ.นามสกุล.....
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
ชื่อเล่น..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี..... เดือน.....
(นับตั้งแต่วันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 25.....) โรคประจำตัว.....
ยาที่รับประทานประจำ.....
อาหาร/สิ่งที่แพ้.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ทันทีของเด็ก บ้านเลขที่.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ทันที

2. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
3. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบันบ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลบิดา มารดา หรือผู้อุปการะ

1. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....
อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท
วุฒิการศึกษาสูงสุด.....
สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด).....

2. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....
อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท
วุฒิการศึกษาสูงสุด.....
สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด).....

3. ผู้ดูแลอุปการะชื่อ.....นามสกุล.....

4. มีพี่น้องร่วมบิดา - มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เด็กเป็นบุตรลำดับที่

5. ประวัติการคลอด ครบกำหนด คลอดก่อนกำหนด

6.สถานภาพของครอบครัว

บิดามารดาอยู่ร่วมกัน

บิดามารดาแยกกันอยู่

หย่า

เสียชีวิต

7.ผู้ที่มารับ - ส่ง เด็กได้

บิดา

มารดา

บุคคลอื่น ระบุ.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

8.ผู้ที่สามารถพบเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ได้ตามนัดหรือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

บิดา

มารดา

บุคคลอื่น ระบุ.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

9.เวลาที่มาได้เมื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ นัด

เช้า

บ่าย

เย็นหลังเลิกงาน

เดือนละ.....ครั้ง

10.ท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ใดในการนำบุตรหลานมารับบริการ โปรดระบุ

.....
.....
.....

11.เหตุผลที่ท่านต้องการให้เด็กมารับบริการที่ศูนย์

.....
.....
.....

แผนที่อยู่ปัจจุบัน (วาดภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้นำเด็กมาสมัคร

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

แบบสำรวจข้อมูลนักเรียนที่เดินทางมาโรงเรียนโดยรถยนต์ หรือรถรับ – ส่ง

ปีการศึกษา 25..... ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก “สมศรี แสงแจ่ม” วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

.....
นักเรียนชื่อ ด.ช. / ด.ญ.นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

พักอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ผู้ปกครองชื่อมีสถานภาพเป็น.....ของเด็ก

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

หรือติดต่อได้ที่ คุณ หมายเลขโทรศัพท์.....

นักเรียนเดินทางโดย

รถตู้

รถกระบะ/รถเก๋ง

รถบัส

รถตุ๊กตุ๊ก

รถโดยสารประจำทาง

รถจักรยานยนต์

รถสี่.....หมายเลขทะเบียน.....

มีการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (สวมหมวกกันน็อค / นั่งคาร์ซีท) มี ไม่มี

เจ้าของรถหรือคนขับรถ ผู้ขับชื่อ.....นามสกุล.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

ลงชื่อ.....ครูประจำห้อง

(.....)

สิ่งที่ต้องเตรียมมาในวันสมัคร

1. แบบฟอร์มใบสมัคร (กรอกข้อมูลทุกหน้า)
2. หลักฐานประกอบการสมัคร
 - ตัวเด็ก
 - สำเนาสูติบัตร จำนวน 1 ใบ
 - สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ใบ
 - สำเนาบัตรประจำตัวโรงพยาบาลและสิทธิการรักษา จำนวน 1 ใบ
 - สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพ (การได้รับวัคซีน) จำนวน 1 ใบ
 - ใบรับรองแพทย์ / ใบกรู๊ปเลือดของเด็ก จำนวน 1 ใบ
 - รูปถ่ายเด็กขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 โหล
 - สำเนาทะเบียนบ้าน (ของบิดามารดา หรือ ผู้ปกครอง) จำนวน 1 ใบ
 - สำเนาบัตรประชาชน (ของบิดามารดา หรือ ผู้ปกครอง) จำนวน 1 ใบ
 - แบบสำรวจการเดินทาง จำนวน 1 ใบ
3. การชำระเงินดังนี้
ชำระเงินทุกต้นเดือน (วันที่ 1-5 ของทุกเดือน) ผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย
ชื่อ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เงินบำรุงการศึกษา เลขที่บัญชี 207-1-02259-9
4. ช่องทางการติดต่อ



Line: Day care

“สมศรี แสงแจ่ม”



Line: ห้องมิ๊กกี้

(เด็กอายุ 2 ปี - 2.11ปี)



Line: ห้องโพนี่

(เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป)