

เลขที่ใบสมัคร..... (ทางโรงเรียนเป็นผู้กรอก)

รหัสประจำตัว..... (ทางโรงเรียนเป็นผู้กรอก)

วัน/เดือน/ปี เกิด อายุนักเรียน ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2568 ปี เดือน วัน



รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครนักเรียนระดับชั้น..... ปีการศึกษา 2568

วันที่ เดือน พ.ศ.

กรุณาเขียนลายมือบรรจงหรือพิมพ์ข้อความในช่องว่างให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง

1. ข้อมูลนักเรียน

ชื่อ ด.ช. / ด.ญ./..... นามสกุล..... ชื่อเล่น.....

คำอ่านชื่อ และ นามสกุล

Name Mstr./ Ms./..... Surname..... Nickname.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง หมู่โลหิต (ถ้ามี)..... Rh.....

เกิดวัน.....ที่..... เดือน..... พ.ศ. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน ----

สถานที่เกิด..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ประเทศ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ พักอยู่กับบิดา-มารดา ☐ พักอยู่กับบิดา ☐ พักอยู่กับมารดา ☐ อื่น ๆ.....

บ้านเลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

โทรศัพท์บ้าน.....

จำนวนพี่น้อง

เป็นบุตรคนที่.....ของบิดามารดา มีพี่น้อง.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน เรียงลำดับโดยรวมนักเรียน

1. ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี อยู่โรงเรียน..... ชั้น.....

2. ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี อยู่โรงเรียน..... ชั้น.....

3. ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี อยู่โรงเรียน..... ชั้น.....

4. ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี อยู่โรงเรียน..... ชั้น.....

ประวัติการศึกษา

1. ชั้น.....โรงเรียน..... จาก พ.ศ. ถึง พ.ศ.
2. ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้น.....โรงเรียน..... จาก พ.ศ. ถึง พ.ศ.

ผู้ที่ใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุดเมื่ออยู่บ้าน (เรียงตามลำดับจากมากที่สุด (1) (2) (3) (4))

1. เกี่ยวข้องเป็น.....
2. เกี่ยวข้องเป็น.....
3. เกี่ยวข้องเป็น.....
4. เกี่ยวข้องเป็น.....

ชื่อและนามสกุลผู้ที่ทางโรงเรียนจะติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

1. ความเกี่ยวข้องกับนักเรียน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....
โทรศัพท์บ้าน.....
2. ความเกี่ยวข้องกับนักเรียน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....
โทรศัพท์บ้าน.....
3. ความเกี่ยวข้องกับนักเรียน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....
โทรศัพท์บ้าน.....
4. ความเกี่ยวข้องกับนักเรียน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....
โทรศัพท์บ้าน.....

ลักษณะนิสัยของนักเรียน

.....

.....

.....

กิจกรรมที่ชอบ

.....

.....

ความสามารถพิเศษ

.....

.....

กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○ หน้าข้อความที่ตรงกับนิสัยของนักเรียน

(กรอกข้อมูลเฉพาะของนักเรียนที่สมัครเข้าเรียนระดับอนุบาล)

1. ถนัดมือ ☐ ขวา ☐ ซ้าย
2. การสื่อสารกับผู้อื่น ☐ ปกติ ☐ ลำช้า (ระบุ)
3. การพูด ☐ พูดชัดเจน ☐ ไม่ชัดเจน
- ☐ พูดได้ปกติ ☐ พูดได้เป็นประโยคสั้น ๆ 2-3 คำ
- ☐ พูดได้เป็นคำ ๆ ไม่เป็นประโยค ☐ ยังพูดไม่ได้เลย

นักเรียนเริ่มพูดเมื่ออายุ.....ปีเดือน

4. การนอน ตื่นนอนเวลา.....น. เข้านอนเวลา.....น.
- นอนกลางวันเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

5. การรับประทานอาหาร ☐ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ☐ เลือกอาหารบางชนิด
- ☐ รับประทานอาหารได้มาก ☐ รับประทานอาหารได้น้อย

ระบุอาหารที่นักเรียนชอบรับประทาน.....

ระบุอาหารที่นักเรียนไม่ชอบรับประทาน.....

6. การตีมนม ☐ ดูดจากขวด ☐ ตีมาจากกล่อง ☐ ตีมาจากแก้ว

7. การขับถ่าย

เมื่อปวดปัสสาวะ ☐ บอกทุกครั้ง ☐ บอกบางครั้ง ☐ ไม่บอกเลย

เมื่อปวดอุจจาระ ☐ บอกทุกครั้ง ☐ บอกบางครั้ง ☐ ไม่บอกเลย

การใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ☐ เลิกใส่แล้ว ☐ ใส่เฉพาะเวลานอน ☐ ใส่ตลอดเวลา

8. การขึ้น - ลงบันได ☐ สามารถทำได้เอง ☐ ยังไม่สามารถทำได้เอง

9. อุปนิสัย

9.1 นิสัย ☐ เอาแต่ใจตนเอง ☐ โกรธง่าย ☐ ใจน้อย

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

9.2 การปฏิสัมพันธ์ ☐ ปรับตัวง่าย ☐ ชอบเล่นกับคนที่มีอายุมากกว่า

☐ ปรับตัวยาก ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

9.3 ความเชื่อมั่นในตนเอง ☐ กล้าแสดงออก ☐ ขี้อาย ☐ ไม่มั่นใจในตนเอง

9.4 นิสัยการพูด ☐ พูดน้อย ☐ พูดปานกลาง ☐ ช่างพูด

9.5 สิ่งที่กำลัง ☐ กลัวคนแปลกหน้า ☐ กลัวความมืด ☐ กลัวเสียงฟ้าร้อง

☐ กลัวเสียงดัง ☐ กลัวอื่น ๆ (ระบุ)

9.6 ติดสิ่งของ ☐ ตุ๊กตา ☐ ผ้า

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ประวัติทางการแพทย์

ชื่อและนามสกุลของแพทย์ประจำตัวนักเรียน.....โทรศัพท์.....

ชื่อโรงพยาบาล/คลินิก.....เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN).....

การคลอด คลอดเมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิด.....กรัม ยาว.....ซม.

วิธีการคลอด ☐ คลอดโดยวิธีธรรมชาติ ☐ คลอดโดยวิธีอื่น ๆ (ระบุ).....

ประวัติการเจ็บป่วย

โรคที่เคยป่วยอย่างรุนแรงก่อนเข้าโรงเรียน.....

เคยผ่าตัด (สาเหตุ วัน เดือน ปี)

โรคประจำตัว

- ☐ ชัก.....ครั้ง สิ่งกระตุ้น..... ยา / การรักษา.....
- ☐ หอบหืด สิ่งกระตุ้น..... ยา / การรักษา.....
- ☐ ภูมิแพ้ สิ่งกระตุ้น..... ยา / การรักษา.....
- ☐ G6PD deficiency สิ่งกระตุ้น..... ยา / การรักษา.....
- ☐ Hemophilia สิ่งกระตุ้น..... ยา / การรักษา.....
- ☐ Thalassemia สิ่งกระตุ้น..... ยา / การรักษา.....
- ☐ โรคอื่น ๆ (ระบุ)..... ยา / การรักษา.....

โรคติดต่อที่เคยเป็น (กรณีเป็นมากกว่า 1 ครั้ง ให้ลงครั้งล่าสุด)

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="radio"/> หัด | เมื่ออายุ..... ปี เดือน | <input type="radio"/> สุกใส | เมื่ออายุ..... ปี เดือน |
| <input type="radio"/> คางทูม | เมื่ออายุ..... ปี เดือน | <input type="radio"/> ไข้หวัดใหญ่ | เมื่ออายุ..... ปี เดือน |
| <input type="radio"/> มือ เท้า ปาก | เมื่ออายุ..... ปี เดือน | <input type="radio"/> วัณโรค | เมื่ออายุ..... ปี เดือน |
| <input type="radio"/> Herpangina | เมื่ออายุ..... ปี เดือน | <input type="radio"/> RSV | เมื่ออายุ..... ปี เดือน |
| <input type="radio"/> โควิด-19 | เมื่ออายุ..... ปี เดือน | <input type="radio"/> อื่น (ระบุ)..... | เมื่ออายุ..... ปี เดือน |

อาการแพ้

- ☐ อาหาร (ระบุ).....
อาการที่แพ้.....
ยา / การรักษา
- ☐ ยา (ระบุ).....
อาการที่แพ้.....
การรักษา
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
อาการที่แพ้.....
ยา / การรักษา

พัฒนาการ

พัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา หากทางโรงเรียนต้องดูแลเป็นพิเศษ ให้ระบุรายละเอียด
ถ้านักเรียนเคยพบแพทย์ให้ระบุชื่อแพทย์ และการวินิจฉัยของแพทย์ด้วย

☐ เป็นไปตามวัย ☐ ล่าช้า (ระบุ)

☐ มีปัญหาทางด้านอารมณ์ / พฤติกรรม (ระบุ)

☐ ออทิสติก ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ชื่อแพทย์.....ชื่อโรงพยาบาล/คลินิก.....

การวินิจฉัยของแพทย์.....

การฉีดวัคซีน (กรอกข้อมูลเฉพาะของนักเรียนที่สมัครเข้าเรียนระดับอนุบาลโดยแนบสำเนาจากโรงพยาบาล / คลินิก)

วัคซีน	วันที่ฉีดวัคซีน (ระบุวันที่ / เดือน / พ.ศ.)	วันที่ฉีดกระตุ้น (ระบุวันที่ / เดือน / พ.ศ.)
1. วัณโรค (BCG)	
2. คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน <input type="radio"/> ชนิดทั้งเซลล์ (DTwP) <input type="radio"/> ชนิดไร้เซลล์ (DTaP)	1. 2. 3.	1. 2.
3. ไขเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Hib)	1. 2. 3. 4.	
4. โรต้า (Rota)	1. 2. 3.	
5. โปลิโอ <input type="radio"/> รับประทาน (OPV) <input type="radio"/> ฉีด (IPV)	1. 2. 3.	1. 2.
6. ตับอักเสบ A (Hepatitis A)	1. 2.	
7. ตับอักเสบ B (Hepatitis B)	1. 2. 3.	1.
8. ไขสมองอักเสบ (JE)	1. 2. 3.	

วัคซีน	วันที่ฉีดวัคซีน (ระบุวันที่ / เดือน / พ.ศ.)	วันที่ฉีดกระตุ้น (ระบุวันที่ / เดือน / พ.ศ.)
9. หัด (Measles) หรือ หัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) 9.1 หัด (Measles)	1. 2.	
9.2 หัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR)	1. 2.	
10. สุกใส (VZV)	1. 2.	
11. วัคซีนรวมหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม (MMRV)	1. 2.	
12. ไทฟอยด์	
13. นิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต (PCV) / วัคซีน IPD	1. 2. 3. 4.	
14. ไข้วัดใหญ่	ครั้งล่าสุด.....	
15. โควิด-19	ครั้งล่าสุด..... เข็มที่.....	
16. อื่น ๆ (ระบุ).....

2. ข้อมูลผู้ปกครอง

2.1 บิดา (กรุณารอกตามเอกสารหลักฐานของทางราชการ ถ้ามียศหรือตำแหน่งให้เขียนคำย่อ)

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ชื่อ นาย/..... นามสกุล.....

Title.....Name.....Surname.....

เป็นบุตรของนาย..... และนาง/นางสาว..... นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี

วัน / เดือน / ปีเกิด..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

สถานภาพ ☐ มีชีวิต ☐ อยู่ในประเทศ ☐ อยู่ต่างประเทศ

☐ ถึงแก่กรรม

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail Address.....

อาชีพ / หน่วยงาน / บริษัท

☐ ข้าราชการในพระองค์ฝ่าย..... ☐ พนักงานบริษัท.....

☐ รับราชการ..... ☐ เจ้าของกิจการ.....

☐ พนักงานของรัฐ..... ☐ รับจ้าง.....

☐ แพทย์ (เชี่ยวชาญด้าน)..... ☐ อื่น ๆ.....

ตำแหน่ง (คำเต็ม).....

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ).....

เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

รายได้

รายได้ประจำประมาณเดือนละ.....บาท (จำนวนเป็นอักษร.....)

รายได้พิเศษประมาณเดือนละ.....บาท (จำนวนเป็นอักษร.....)

กิจกรรมพิเศษ.....

การศึกษา

จบจากโรงเรียน ☐ จิตรลดา รุ่น..... ชั้น..... พ.ศ.

☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... ชั้น..... พ.ศ.

วุฒิการศึกษาสูงสุด..... สาขาวิชา.....

คณะ..... สถาบัน..... พ.ศ.

2.2 มารดา (กรุณากรอกตามเอกสารหลักฐานของทางราชการ ถ้ามียศหรือตำแหน่งให้เขียนคำย่อ)

ชื่อ นาง/นางสาว/..... นามสกุล.....

(นามสกุลก่อนสมรส.....)

Title.....Name.....Surname.....

เป็นบุตรของนาย..... และนาง/นางสาว..... นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี

วัน / เดือน / ปีเกิด..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

สถานภาพ ☐ มีชีวิต ☐ อยู่ในประเทศ ☐ อยู่ต่างประเทศ

○ ถึงแก่กรรม

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail Address.....

อาชีพ / หน่วยงาน / บริษัท

○ ข้าราชการในพระองค์ฝ่าย..... ○ พนักงานบริษัท.....

○ รับราชการ..... ○ เจ้าของกิจการ.....

○ พนักงานของรัฐ..... ○ รับจ้าง.....

○ แพทย์ (เชี่ยวชาญด้าน)..... ○ อื่น ๆ.....

ตำแหน่ง (คำเต็ม).....

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ).....

เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

รายได้

รายได้ประจำประมาณเดือนละ.....บาท (จำนวนเป็นอักษร.....)

รายได้พิเศษประมาณเดือนละ.....บาท (จำนวนเป็นอักษร.....)

กิจกรรมพิเศษ.....

การศึกษา

จบจากโรงเรียน ○ จิตรลดา รัน.....ชั้น..... พ.ศ.

○ อื่น ๆ (ระบุ).....ชั้น..... พ.ศ.

วุฒิการศึกษาสูงสุด..... สาขาวิชา.....

คณะ.....สถาบัน.....พ.ศ.

2.3 สถานภาพสมรส โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ถูกต้อง

☐ อยู่ร่วมกัน

☐ แยกกันอยู่

☐ หย่าร้าง

ในกรณีหย่าร้าง / แยกกันอยู่ นักเรียนอยู่ในความปกครองของ.....

ความสัมพันธ์กับนักเรียน.....

2.4 ผู้ปกครอง (กรณีนักเรียนไม่ได้อยู่ในความดูแลของบิดา/มารดาเท่านั้น ถ้ามีศหรือตำแหน่งให้เขียนคำย่อ)

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว/..... นามสกุล.....

Title.....Name.....Surname.....

เป็นบุตรของนาย..... และนาง/นางสาว..... นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี

วัน / เดือน / ปีเกิด.....เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ความเกี่ยวข้องกับนักเรียน (โปรดระบุรายละเอียดให้ชัดเจน)

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail Address.....

อาชีพ / หน่วยงาน / บริษัท

☐ ข้าราชการในพระองค์ฝ่าย..... ☐ พนักงานบริษัท.....

☐ รับราชการ..... ☐ เจ้าของกิจการ.....

☐ พนักงานของรัฐ..... ☐ รับจ้าง.....

☐ แพทย์ (เชี่ยวชาญด้าน)..... ☐ อื่น ๆ.....

ตำแหน่ง (คำเต็ม).....

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ).....

เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

รายได้

รายได้ประจำประมาณเดือนละ.....บาท (จำนวนเป็นอักษร.....)

รายได้พิเศษประมาณเดือนละ.....บาท (จำนวนเป็นอักษร.....)

กิจกรรมพิเศษ.....

การศึกษา

จบจากโรงเรียน ☐ จิตรลดา รุ่น..... ชั้น..... พ.ศ.

☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... ชั้น..... พ.ศ.

วุฒิการศึกษาสูงสุด..... สาขาวิชา.....

คณะ..... สถาบัน..... พ.ศ.

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

3. ผู้ที่แนะนำให้มาสมัคร (ถ้ามียศหรือตำแหน่งให้เขียนคำเต็ม)

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว/.....นามสกุล.....

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ความเกี่ยวข้องกับนักเรียน สายตรง ☐ ปู่ ☐ ย่า ☐ ตา ☐ ยาย ☐ ลุง ☐ ป้า ☐ น้า ☐ อา
ไม่ใช่สายตรง ☐ พี่น้องของ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ☐ ลูกพี่-ลูกน้องของ บิดา/มารดา
บุคคลอื่น ☐ ผู้บังคับบัญชาของ บิดา/มารดา ☐ ผู้ใหญ่ที่ครอบครัวนับถือ
☐ อื่น ๆ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail Address.....

อาชีพ / หน่วยงาน / บริษัท

<input type="radio"/> ข้าราชการในพระองค์ฝ่าย.....	<input type="radio"/> พนักงานบริษัท.....
<input type="radio"/> รับราชการ.....	<input type="radio"/> เจ้าของกิจการ.....
<input type="radio"/> พนักงานของรัฐ.....	<input type="radio"/> รับจ้าง.....
<input type="radio"/> แพทย์ (เชี่ยวชาญด้าน).....	<input type="radio"/> อื่น ๆ.....

ตำแหน่ง (คำเต็ม).....

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ).....

เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

4. เหตุผลที่มาสมัครเข้าโรงเรียนจิตรลดา

.....

.....

.....

.....

5. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียนทุกประการ

(ลงนาม) บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง.....

ตัวบรรจงหรือตัวพิมพ์ (.....)

ผู้รับใบสมัคร.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.