

সরকারি প্রাথমিক বিদ্যালয়ের ভর্তি ফরম (অভিন্ন ফরম)

ছবি

.....সরকারি প্রাথমিক বিদ্যালয়

উপজেলা/থানা:..... জেলা:.....

ভর্তিচ্ছুক শ্রেণি:..... বৎসর: .....

১. সাধারণ তথ্য (General Information)

- শিক্ষার্থীর নাম (বাংলা): .....
- শিক্ষার্থীর নাম (ইংরেজি): .....
- জন্ম তারিখ: ..... বয়স: ..... বছর ..... মাস
- জন্ম নিবন্ধন নম্বর: .....
- লিঙ্গ:  ছেলে  মেয়ে  অন্যান্য
- ধর্ম: .....
- জাতীয়তা: .....

২. পারিবারিক তথ্য (Family Information)

- পিতার নাম: (বাংলা) .....
- পিতার নাম: (ইংরেজি) .....
- পিতার এনআইডি নম্বর: ..... মোবাইল নম্বর: .....
- পিতার পেশা: .....
- মাতার নাম: (বাংলা) .....
- মাতার নাম: (ইংরেজি) .....
- মাতার এনআইডি নম্বর: ..... মোবাইল নম্বর: .....
- মাতার পেশা: .....
- অভিভাবকের নাম (যদি প্রযোজ্য): ..... মোবাইল নম্বর: .....
- ভাইবোনের সংখ্যা: .....
- শিক্ষার্থীর বর্তমান ঠিকানা: .....
- শিক্ষার্থীর স্থায়ী ঠিকানা: .....

৩. শিক্ষাগত তথ্য (Educational Background)

- পূর্ববর্তী বিদ্যালয়ের নাম (যদি থাকে): .....
- শ্রেণি: .....
- পূর্ববর্তী শ্রেণির ফলাফল: .....

২০২০

২০২০

২০২০

২০২০

৪. স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য (Health Information)

(ক) মৌলিক স্বাস্থ্য তথ্য:

- রক্তের গ্রুপ:  A+  A-  B+  B-  AB+  AB-  O+  O-
- উচ্চতা: ..... সেমি
- ওজন: ..... কেজি

(খ) দৃষ্টিশক্তি ও শারীরিক অবস্থা

- দৃষ্টিশক্তি:  স্বাভাবিক  দুর্বল  চশমা ব্যবহার করে
- শ্রবণশক্তি:  স্বাভাবিক  সমস্যা আছে
- শারীরিক প্রতিবন্ধকতা (যদি থাকে):  আছে  নেই  
থাকলে বিস্তারিত: .....

(গ) টিকাদান (Vaccination Record)

টিকার নাম	গ্রহণ করা হয়েছে	তারিখ
BCG/যক্ষ্মা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	.....
Measles/Rubella/হাম ও রুবেলা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	.....
Pentavalent/ডিপথেরিয়া, হপিংকাশি, ধনুষ্টংকার, হেপাটাইটিস বি, হিমোফাইলাস ইনফ্লুয়েঞ্জা বি	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	.....
PCV/নিউমোকোকাল নিউমোনিয়া	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	.....
Polio/পোলিও-মাইলাইটিস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	.....
TT/ধনুষ্টংকার বা টিটেনাস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	.....
অন্যান্য	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	.....

(ঘ) রোগ সংক্রান্ত তথ্য

- থ্যালাসেমিয়া:  আক্রান্ত  বাহক  না
- দূরারোগ্য রোগ (যদি থাকে):  আছে  নেই  
থাকলে উল্লেখ করুন: .....
- এলার্জি (যদি থাকে): .....
- মৃগী রোগ (যদি থাকে): .....

2/11/11

স্বাক্ষর

স্বাক্ষর

## ৫. জরুরি যোগাযোগ (Emergency Contact)

- জরুরি যোগাযোগের নাম: .....
- সম্পর্ক: .....
- মোবাইল নম্বর: .....

## ৬. ঘোষণা (Declaration)

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে প্রদত্ত সকল তথ্য সঠিক ও সত্য।

পিতা/মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: .....

তারিখ: .....

## ৭. অফিস ব্যবহার (For Office Use Only)

- ভর্তি নম্বর: .....
- ভর্তি তারিখ: .....
- শ্রেণি: .....
- দায়িত্বপ্রাপ্ত শিক্ষকের নাম ও স্বাক্ষর: .....

বিশেষ দৃষ্টব্য: শিক্ষার্থীর জন্ম সনদ, পিতা ও মাতার এনআইডি ও ০২ কপি পাসপোর্ট সাইজের ছবি সংযোজন করতে হবে।

2/22/22

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature