|  |  |
| --- | --- |
| **SÜREKLİ DEVAMSIZ ÖĞRENCİ VELİ GÖRÜŞME FORMU** | |
| **GÖRÜŞME TARİHİ:** |  |
| **ÖĞRENCİ TC KİMLİK:** |  |
| **ÖĞRENCİ ADI SOYADI:** |  |
| **ÖĞRENCİ SINIF-ŞUBE:** |  |
| **ÖĞRENCİ NO:** |  |
| **VELİ ADI SOYADI:** |  |
| **VELİ ADRESİ:** |  |
| **VELİ MESLEĞİ – İŞİ:** |  |
| **ÖĞRENCİ DEVAMSIZLIK SÜRESİ (gün):** |  |
| **ÖĞRENCİ DEVAMSIZLIK NEDENİ:**  **(Velinin görüşü; öğrencinin beyanı)** |  |
| **DEVAMSIZLIĞA KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER:** |  |
| **AÇIKLAMALAR:**  Okulumuz ........ şubesine devam eden ........... no’lu öğrencinin ..................... tüm teşebbüs ve tedbirlerimize rağmen okula devam etmediği tespit edilmiştir.  Öğrencinin babası/ annesi ........................... ile yapılan görüşme sonucu;  Çocuğunu ............................ nedeninden dolayı okula gönderemediğini/göndermek istemediğini beyan etmiştir.  Bu durumun çözülmesi için psikiyatr / sağlık kuruluşları / Rehberlik ve Araştırma Merkezi’ne yönlendirildi. .../.../.... | |

|  |  |
| --- | --- |
| Hazırlayan  Yönetim Temsilcisi | Onaylayan  İşveren/Okul Müdürü |
| Ali GÜLBUDAK | Hakan DAĞ |