

วิทยาลัยอาชีวศึกษาลำปาง
รายการตรวจสอบเอกสารประกอบการมอบตัวนักเรียน ปีการศึกษา 2564

ชื่อ - สกุล นาย/นางสาว..... ระดับชั้น ปวช. 1

ห้อง.....สาขางาน.....

รหัสนักศึกษา

ลำดับ ที่	เอกสารที่มีให้		รายการเอกสาร	จำนวน (ฉบับ)	หมายเหตุ
	มี	ไม่มี			
1			สำเนาบัตรประชาชนของนักเรียน	1	
2			สำเนาทะเบียนบ้านของนักเรียน	1	
3			สำเนาบัตรประชาชนของบิดา	1	
4			สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา	1	
5			สำเนาบัตรประชาชนของมารดา	1	
6			สำเนาทะเบียนบ้านของมารดา	1	
7			สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง	1*	
8			สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครอง	1*	
9			ใบระเบียบผลการเรียน (ปพ.1, รบ.1) แบบจบการศึกษา (ตัวจริง)	1**	
10			สำเนาใบระเบียบผลการเรียน (ปพ.1, รบ.1) แบบจบการศึกษา	2	
11			สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการของ (นักเรียน, บิดา, มารดา)	1***	

หมายเหตุ

- (*)เอกสาร ลำดับที่ 7 และ 8 สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านผู้ปกครอง หากบิดา หรือมารดา เป็นผู้ปกครองให้ใช้ชุดเดียวกันกับบิดาหรือ มารดาก็ได้
- (**)เอกสารลำดับที่ 9 จะคืนให้นักเรียน นักศึกษา เมื่อได้ทำการตรวจสอบต้นฉบับ(ตัวจริง)กับสำเนา ว่าถูกต้อง ตรงกันแล้ว
- (***)เอกสารลำดับที่ 11 กรณีที่นักเรียน หรือบิดา หรือมารดา เป็นผู้พิการให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ
- ถ้าไม่มีเอกสารในลำดับใด ให้ใช้แบบคำร้องผ่อนผันเอกสาร

วิทยาลัยอาชีวศึกษาลำปาง

ปีการศึกษา 2564

ใบมอบตัว

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชื่อ-สกุล (ผู้ปกครอง)อายุ.....ปี
อาชีพร.....อยู่บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... ขอทำใบมอบตัว นาย / นางสาว.....

ให้เป็น นักเรียน/นักศึกษาของวิทยาลัยอาชีวศึกษาลำปางจังหวัดลำปาง ไว้ต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษา
ลำปาง โดยยอมรับเป็นผู้ปกครองของนาย / นางสาว.....
ซึ่งข้าพเจ้ามีความเกี่ยวข้องเป็น.....

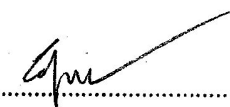
โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ของนาย / นางสาว.....

ทั้งในด้านความประพฤติการเล่าเรียนและพยายามตักเตือนให้ประพฤติตามคำสอนข้อบังคับและ ระเบียบวินัย
ของสถานศึกษาด้วยดีทุกประการ และข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบชำระเงินบำรุงการศึกษา ค่าหน่วยกิต และ
ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของนาย / นางสาว.....

และหาก นาย / นางสาว.....ทำความเสียหายใด ๆ เกี่ยวกับ
ทรัพย์สินของบุคคลใดหรือของสถานศึกษา ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นทุกกรณี

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ของสถานศึกษาแห่งนี้เป็นอย่างดี
และมีความเห็นชอบทุกประการ จึงได้มอบตัว นาย/นางสาว.....

พร้อมหลักฐานสำเนาใบระเบียบแสดงผลการเรียน หรือ ร.บ. ,สำเนาทะเบียนบ้าน สค. 9 (ถ้ามี) เอกสารอื่นๆ
ที่เกี่ยวข้อง ให้เข้าเป็นนักเรียน / นักศึกษา ของวิทยาลัยอาชีวศึกษาลำปางแห่งนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..........ผู้อำนวยการ

(นางสาวยุภาภรณ์ เทพจันทร์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษาลำปาง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(.....)

ประวัตินักเรียน นักศึกษา

ข้อมูลส่วนตัวนักเรียน นักศึกษา

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

เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด

- ประเภทความพิการ ไม่พิการ ความพิการทางการได้ยิน
- ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางร่างกาย,สุขภาพ
- ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการพูด, ภาษา
- ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางออกัสติก
- ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์ ความพิการซ้ำซ้อน
- ความพิการ(ไม่ระบุประเภท)

เพศ ชาย หญิง ชื่อ - สกุลภาษาอังกฤษ Mr./Miss/Mrs.....

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

ความสามารถพิเศษ

- ไม่ระบุ ด้านสติปัญญา ด้านความคิดสร้างสรรค์
- ด้านการใช้ภาษา ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการสร้างงานทางทัศนูปกรณ์
- ด้านศิลปะการแสดง ด้านดนตรี ด้านกีฬา

เบอร์โทรศัพท์.....ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก

กรุ๊ปเลือด.....โรคประจำตัว(ถ้ามี).....ตำหนิตามร่างกาย(ถ้ามี).....

ข้อมูลประวัติการศึกษา

สังกัดสถานศึกษาเดิม.....จังหวัดสถานศึกษาเดิม.....

ชื่อโรงเรียนเดิมที่แสดงในใบ รบ.1/ปพ.1.....

รหัสประจำตัวเดิม.....ชุดที่ใบ ร.บ 1/ปพ.1.....เลขที่ ร.บ 1/ปพ.1.....

วันที่จบการศึกษา.....หน่วยการเรียนรู้.....คะแนนเฉลี่ยสะสมที่ได้.....

ระดับการศึกษาที่จบ ม.3 ม.6 ปวช.

สาขาวิชาเดิม(กรอกเฉพาะกรณีผู้จบ ปวช. ต่างสาขาเท่านั้น)

ข้อมูลครอบครัว

สถานภาพการสมรสของบิดาและมารดา

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกัน | <input type="checkbox"/> หย่าร้าง |
| <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ | <input type="checkbox"/> มารดาถึงแก่กรรม |
| <input type="checkbox"/> บิดาถึงแก่กรรม | <input type="checkbox"/> บิดาแต่งงานใหม่ |
| <input type="checkbox"/> บิดามารดาถึงแก่กรรม | <input type="checkbox"/> บิดาและมารดาแต่งงานใหม่ |
| <input type="checkbox"/> มารดาแต่งงานใหม่ | |

จำนวนพี่.....คน จำนวนน้อง.....คน จำนวนพี่น้องที่กำลังศึกษาอยู่.....คน

บิดาเป็นผู้ปกครอง มารดาเป็นผู้ปกครอง อื่นๆระบุ.....

ข้อมูลบิดา ชื่อ -สกุล บิดา (ผู้ให้กำเนิด) นาย.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชนบิดา

สถานภาพของบิดา มีชีวิต เสียชีวิต

ชื่อ-สกุลบิดา (ภาษาอังกฤษ).....

- อาชีพบิดา
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> พระ/นักบวช | <input type="checkbox"/> รับราชการ |
| <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> นักธุรกิจ - ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> พนักงาน/เจ้าหน้าที่ของรัฐ | <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/พนักงานของรัฐเกษียณ |

สัญชาติ.....

- ประเภทความพิการ
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่พิการ | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยิน |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการมองเห็น | <input type="checkbox"/> ความพิการทางร่างกาย,สุขภาพ |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการพูด, ภาษา |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ | <input type="checkbox"/> ความพิการทางออทิสติก |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์ | <input type="checkbox"/> ความพิการซ้ำซ้อน |
| <input type="checkbox"/> ความพิการ(ไม่ระบุประเภท) | |

เงินเดือน.....บาท/เดือน

ข้อมูลมารดา ชื่อ -สกุล มารดา (ผู้ให้กำเนิด) นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชนมารดา

สถานภาพของมารดา มีชีวิต เสียชีวิต

ชื่อ-สกุลมารดา (ภาษาอังกฤษ).....

อาชีพมารดา

- พระ/นักบวช
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- เกษตรกรรม
- อื่น ๆ
- พนักงาน/เจ้าหน้าที่ของรัฐ

- รับราชการ
- นักธุรกิจ - ค้าขาย
- รับจ้าง
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ข้าราชการ/พนักงานของรัฐเกษียณ

สัญชาติ.....

ประเภทความพิการ

- ไม่พิการ
- ความพิการทางการมองเห็น
- ความพิการทางสติปัญญา
- ความพิการทางการเรียนรู้
- ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์
- ความพิการ(ไม่ระบุประเภท)
- ความพิการทางการได้ยิน
- ความพิการทางร่างกาย,สุขภาพ
- ความพิการทางการพูด, ภาษา
- ความพิการทางอหิสติก
- ความพิการซ้ำซ้อน

เงินเดือน.....บาท/เดือน

ที่อยู่บิดา/มารดา (ตามทะเบียนบ้าน) เลขรหัสประจำบ้าน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

จังหวัด.....อำเภอ.....ตำบล.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ปกครอง

ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชนผู้ปกครอง

- อาชีพผู้ปกครอง
- พระ/นักบวช
 - พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - เกษตรกรรม
 - อื่น ๆ
 - พนักงาน/เจ้าหน้าที่ของรัฐ
 - รับราชการ
 - นักธุรกิจ - ค้าขาย
 - รับจ้าง
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - ข้าราชการ/พนักงานของรัฐเกษียณ

เบอร์โทรศัพท์.....เงินเดือน.....บาท/เดือน

ที่อยู่ผู้ปกครอง เลขรหัสประจำบ้าน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

จังหวัด.....อำเภอ.....ตำบล.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....