SİMAV CUMHURİYET ANADOLU LİSESİ

DEVAMSIZ ÖĞRENCİLER VELİ GÖRÜŞME FORMU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GÖRÜŞME TARİHİ:** | |  |
| **ÖĞRENCİ TC KİMLİK:** | |  |
| **ÖĞRENCİ ADI SOYADI:** | |  |
| **ÖĞRENCİ SINIF-ŞUBE:** | |  |
| **ÖĞRENCİ NO:** | |  |
| **VELİ ADI SOYADI:** | |  |
| **VELİ ADRESİ:** | |  |
| **VELİ TELEFONU:** | |  |
| **VELİ MESLEĞİ – İŞİ:** | |  |
| **ÖĞRENCİ DEVAMSIZLIK SÜRESİ (gün):** | |  |
| **ÖĞRENCİ DEVAMSIZLIK NEDENİ:**  **(Velinin görüşü; öğrencinin beyanı)** | |  |
| **DEVAMSIZLIĞA KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER:** | |  |
| **AÇIKLAMALAR:** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AD SOYAD; İMZA:** | | |
| …………………………………….  Öğrenci Velisi | …………………………………….  Şube Rehber Öğretmeni | …………………………………….  Rehberlik Uzmanı |
| …………………………………….  Müdür Yardımcısı |  | …………………………………….  Müdür |