

අන්ධ විද්‍යාලය - රත්මලාන
THE SCHOOL FOR THE BLIND - RATMALANA
 (Tel. 011-2634226)

ඉල්ලුම්පත්‍රය APPLICATION FOR ADMISSION

FOR OFFICE USE	File No:
Date form sent on:..... Date Received in Office	Admission No:
	Date of Ad.....

මව, පියා හෝ භාරකරු විසින් සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා
TO BE FILLED BY THE PARENT OR GUARDIAN

01	ළමයාගේ සම්පූර්ණ නම: Full Name Of Child:	පිරිමි/ගැහැණු Sex:		
02	උපන්දිනය: Date of Birth:	වයස: Age:	ආගම: Religion:	ජාතිය: Nationality:
03	මව, පියා හෝ භාරකරුගේ සම්පූර්ණ නම: Name of the Parent or Guardian:	රැකියාව: Occupation:		
ලිපිනය: Address:				
දුරකථන අංකය: Tel. No.:		ස්ථාවර: Fixed:	ජංගම: Mobile:	
ග්‍රාම සේවා කොට්ඨාසය: Gramasevaka Division:			දිස්ත්‍රික්කය: District:	පළාත: Province:
04	මව්පිය දෙදෙනාම ජීවත්ව සිටිනවාද? Are both parents alive?	මව්පිය දෙදෙනා දික්කසාද වී හෝ වෙන්වී සිටින්නේද? Are they legally Divorced or Separated?		
එසේනම් දරුවාගේ නීත්‍යානුකූල භාරකරුවිය දරන්නේ කවුද? If so, who owns the child's legal guardianship:				
05	ළමයා බරපතල රෝගයකින් පෙළුනේද? (අතීසාරය, සරම්ප, කම්මුල්ගාය, අවානිදාහය, වලිප්පුව, පැපොල, නිව්මොනියාව ආදී තදින් උණ ගැනීමට හේතුවූ ආතතියක්) Has the child suffered from any serious illness (Enteric, Measles, Mumps, Meningitis, Convulsions, Chickenpox, Pneumonia etc., which resulted in an abnormal rise in temperature:			
06	එසේනම් කුමන වයසේද? If so at what age?			
07	මව ගර්භනීව සිටි ප්‍රථම මාස තුන ඇතුළත ඇ ජර්මන් සරම්ප රෝගයෙන් පෙළුනේද? Did the mother suffer from German Measles at any time during the first 3 months of pregnancy?			
08	ළමයා දැනට පාසැලක ඉගෙනීම ලබනවානම් එම පාසලේ නම හා ඉගෙනගන්නා ශ්‍රේණිය: If Child is attending a school at present state name of school and present grade of study:			
09	කොපමණ කාලයක් සිටද? For how long?			
10	එම පාසලෙන් අස්වීමට හේතුව: The reason for leaving school:			
	දිනය: Date:	මව/පියා /භාරකරුගේ අත්සන: Signature of Parent or Guardian		

අදාල වාර්තාවල පිටපත් ඇත්නම් අමුණන්න Attach copies of any reports if available.

සැ.යු. : ඉල්ලුම්පත්‍ර කාර්යාලයට එවන විට ළමයාගේ උප්පැන්න සහතිකය හෝ එයින් උපුටා ගත් සටහන සමඟ එවිය යුතුයි. එය වහාම ලබාගත නොහැකිනම් පසුව එවිය යුතුයි.

N.B.: when form is returned to the office, his or her birth certificate or extract of B.C. should also be enclosed. If not available immediately, it may be sent later.

MEDICAL EXAMINATION REPORT
TO BE CERTIFIED BY A MEDICAL OFFICER
(Preferably by an Ear, Nose, Throat specialist)

01. Full Name of Child:
02. Degree of Blindness:
03. (a) if partially blind, can the child read ordinary
books used by normal children?
- (b) Can the child be taught in a special
class for the partially blind?
04. (a) What appears to have been the cause of blindness?
- (b) Is the defect likely to be permanent?
05. Physical condition of the child:
06. Apparent mental condition of the child:
07. Are there signs of idiocy:
08. Is the child subject to Malaria:
09. Is the child's speech defective:
10. Any other points on the child's health worth noting:
(Please mention any other physical defect)
-
-
11. Do you consider the child suitable for admission to this institution?

Date20.....

Signature of Medical Officer:

Rubber Stamp:

Principal's Note: