

බිහිරි විද්‍යාලය - රත්මලාන
THE SCHOOL FOR THE DEAF
 RATMALANA (Tel. 011-2636351)

No :

ඉල්ලුම්පත්‍රය APPLICATION FOR THE ADMISSION

FOR OFFICE USE

File No :
 Admission No :
 Date of Ad :

Date form sent on : Dare Received in Office :

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

01. ළමයාගේ සම්පූර්ණ නම } පිරිමි/ගැහැණු }
 Full Name of Child } Sex }
02. උපන් දිනය } වයස } ආගම } ජාතිය }
 Date of Birth } Age } Religion } Nationality }
03. මවගේ පියාගේ හෝ භාරකරුගේ නම } රැකියාව }
 Name of the Parent or Guardian } Occupation }
- ලිපිනය }
 Address }
- දුරකථන අංකය } ස්ථාවර } ජංගම }
 Telephone Number } Fixed } Mobile }
- ග්‍රාම සේවා කොට්ඨාශය } දිස්ත්‍රික්කය } පළාත }
 Gramasevaka Division } District } Province }
04. මවුපිය දෙදෙනාම ජීවත්ව සිටිනවාද? } මව පියා දික්කාසාද වී හෝ වෙන්වී සිටින්නේද? }
 Are both parents alive? } Are they legally divorced or seperated? }
- එසේනම් දරුවාගේ නීත්‍යානුකූල භාරකාරත්වය දරන්නේ කවුද? * }
 If so, Who owns the child's legal guardianship* }
05. ළමයා බිහිරි බව දැනගත්තේ කුමන වයසේදීද? }
 At what age was deafness first noticed? }
06. ළමයා උත්පත්තියෙන් පසු කුමන කාලයකදී හෝ සාමාන්‍ය ලෙස කථා කළාද? }
 Did the child speak normally at any time after birth? }
07. ඇයට/ඔහුට බිහිරි සොහොයුරෝ හෝ සොහොයුරියෝ සිටිනවාද? }
 Has he/she any Deaf brothers or sisters? }
08. බිහිරි ඥාතීන් කිසිවෙක් සිටින්නේද? (මව, පියා, නැන්දා, මාමා ආදීහු) }
 Are there any Deaf relatives? (Father, Mother, Uncle, Aunt, Cousin ect?) }
09. ළමයාගේ සීයා හෝ ආච්චි නැතහොත් දෙදෙනාම ගොළු බිහිරිව සිටියේද? }
 Were both or once of the child's grandparents Deaf and Dumb? }
10. ළමයා බරපතල රෝගයකින් පෙළුනේද? (අතීසාරය, සරම්ප, කම්මුල්ගය, ආචාතිදානය, වලිප්පුව, පැපොල, හිච්මෝනියාව ආදී තදින් උණ ගැනීමට හේතු වූ අසනීපයක්) * }
 Has the child suffered from any serious illness (Enteric, Measles, Mumps, Meningitis, Convulsions, Chickenpox, Pneumonia ect. which resulted in an abnormal rise in temperature) * }
11. එසේනම් කුමන වයසේදීද? }
 If so at what age? }
12. ඔහුගේ/ඇයගේ බාල කාලයේදී හිසේ තදබල තුවාලයක් ඇතිවිද? }
 In his/her early years has he/she suffered from a serious head? * }
13. මව ගර්භනීව සිටි ප්‍රථම මාස තුන ඇතුලත ඇ පර්මන් සරම්ප රෝගයෙන් පෙළුනේද? }
 Did the mother suffer from German measles at any time during the first 3 months of pregnancy? }
14. ළමයා දැනට පාසලක ඉගෙනීම ලබනවානම් එම පාසලේ නම හා ඉගෙන ගන්නා ශ්‍රේණිය }
 If Child is attending a school at present, state name of school and grade at present studing }
15. කොපමණ කාලයක සිටද? }
 For how long? }
16. එම පාසලෙන් අස්වීමට හේතුව }
 The reason for leaving school }
- දිනය }
 Date }

.....
 මව/පියා/භාරකරුගේ අත්සන
 Signature of Parent or Guardian

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

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

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

MEDICAL EXAMINATION REPORT

TO BE CERTIFIED BY A MEDICAL OFFICER

(Preferably by an Ear, Nose, Throat specialist)

(මෙම කොටස් කප්, නාස, උගුර සම්බන්ධ විශේෂඥවරයෙකු ලවා සහතික කරවා ගැනීම සුදුසුය.)

01. Degree of Deafness (Total or Partial) :
02. Cause of Deafness (Congenital or Adventitious) :
3. Conditions of Ears (A) RIGHT :
- (B) LEFT :
04. Conditions of Tonsils & Adenoids :
05. Speech defects :
06. Is he/she subject to frequent Colds, Catarrh or Asthma? :
07. Other disabilities :
08. Physical Condition of child :
09. Apparent mental condition (Normal, Mentally Deficient, or Defective etc.) :
10. Any other Remarks :

Date20.....

.....
Signature & Designation

Principal's Note :-

සැලකිය යුතුයි : මෙය සම්පූර්ණ කළ පසු ප්‍රමාද නොවී, රත්මලාන බිහිරි විද්‍යාලයේ විදුහල්පති වෙත එවිය යුතුය.

N.B. : when this form is completed, it should be returned without delay to the Principal school for the Deaf, Ratmalana.