

**OFISI YA RAIS,TAWALA ZA MIKO NA SERIKALI ZA MITAA**

**SHULE YA SEKONDARI KILOBENI**

**S. L. P 12,**

**MWANGA**

**FOMU YA KUKUBALI MAAGIZO YA KUJIUNGA NA SHULE.**

Mimi ..... ninakubali kupokea nafasi ya kujiunga na kidato cha kwanza 2021 pamoja na maagizo niliyopewa katika Shule ya Sekondari Kilobeni. Nanaahidi kuwa nitatii sheria zote za shule, nitakuewa mwaminifu, nitajitahidi kujifunza kwa bidii kadiri ya uwezo wangu na kufanya kazi kwa moyo mkunjufu.

Saini ya mwanafunzi: .....

Anuani .....

.....  
.....

**SEHEMU YA MZAZI/MLEZI**

Mimi ..... mzazi wa ..... ninakubali kumhudumia mwanangu mahitaji yote ya shule kama yalivyoagizwa.

Nitajitahidi kusaidiana na walimu kikamilifu katika kumlea kitabia na kitaaluma mpaka ahitim masomo yake kama serikali inavyoagiza.

Saini ya mzazi /mlezi .....

Anuani /namba ya simu .....

.....  
.....

MAONI YA MKUU WA SHULE .....

.....  
.....

## **HALMASHAURI YA WILAYA YA MWANGA**

### **SHULE YA SEKONDARI KILOBENI**

#### **HABARI ZA MWANAFUNZI**

1. JINA LA MWANAFUNZI .....
  2. TAREHE YA KUZALIWA ILINGANE NA CHETI CHA KUZALIWA.  
.....
  3. MAHALI ALIPO ZALIWA: KIJINI/MTAA .....  
KATA ..... TARAFA .....  
WILAYA ..... MKOA .....
  4. DINI .....
  5. URAIA ..... (AMBATANISHA  
NAKALA YA CHETI CHA KUZALIWA)
  6. JINA LA BABA/MLEZI ..... KAZI YAKE .....
  7. JINA LA MAMA/MLEZI ..... KAZI YAKE .....
  8. HALI YA FAMILIA: BABA HAI/SI HAI: MAMA HAI/ SIHAI
  9. UHUSIANO NA MWANAFUNZI KAMA NI MLEZI .....
  10. ANUANI YA MZAZI/MLEZI ..... NAMBA YA  
SIMU .....
  11. Afya ya mwanafunzi kama ana ugonjwa unaohitaji uangalizi maalum  
uandikwe, taja udhaifu wowote wa mwili au afya yake ambatanisha na cheti  
cha daktari.  
.....  
.....  
.....
  12. Maelezo mengineyo .....
- TAREHE .....
- .....
- .....
- .....
- SAINI YA MWANAFUNZI
- .....
- .....
- SAINI YA MZAZI/MLEZI

**PRESIDENT'S OFFICE, REGIONAL ADMINISTRATION AND LOCAL GOVERNMENT**

**KILOBENI SECONDARY SCHOOL**

**P.O.BOX 12,**

**MWANGA.**

**MEDICAL EXAMINATION FORM**

This form should be completed by Medical office in respect of all form one entrants

FULL NAME .....

AGE .....

BLOOD COUNT (RED AND WHITE) .....

STOOL .....

URINALYSIS .....

SYPHILIS TEST .....

T.B .....

EYES .....

EARS .....

TEETH .....

SKIN .....

CHEST .....

SPLEEN .....

ABDOMIN .....

HEART .....

ANY ADDITION INFORMATION e.g. physical defects, Infection diseases,

Impairments etc .....

I certify the above is fit to pursue studies as stated above

.....  
**SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER**