

學 生 基 本 資 料 調 查 表

各位親愛的家長您好：

為了建立本市國小學生學籍之電子資料庫，提供親師溝通合作、教師教學、學校行政與市府統計分析與決策之需，懇請您撥冗確實填寫這份表單，以利輸入電腦，希望日後就不必再時時麻煩您或者老師抄寫這些資料。所有資料內容絕對保密，請家長放心詳實填寫，希望能不因填寫有誤，而造成貴子女相關權益或福利受損。

台南市教育局 啟

學生姓名	出生：__年__月__日	身分證字號：			
		□	□	□	□
學生 身份別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 一般學生		<input type="checkbox"/> 本人殘障 (請附證明文件)		
	<input type="checkbox"/> 家長殘障 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母, 請附證明文件)		<input type="checkbox"/> 低收入戶 (請附區公所證明)		
	<input type="checkbox"/> 功勳子女 (請附證明文件)		<input type="checkbox"/> 原住民 (____族) (請附證明文件)		
	<input type="checkbox"/> 顏面傷殘 (請附證明文件)		<input type="checkbox"/> 教職員子女		
	<input type="checkbox"/> 公教遺族-因公 (請附證明文件)		<input type="checkbox"/> 公教遺族-因病 (請附證明文件)		
	<input type="checkbox"/> 身心障礙-鑑定 (文號：_____)		<input type="checkbox"/> 身心障礙-手冊 (請附手冊)		
	<input type="checkbox"/> 單親 (<input type="checkbox"/> 隨父 <input type="checkbox"/> 隨母， 形成原因： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 未婚生子 <input type="checkbox"/> 其他請說明_____)				
	<input type="checkbox"/> 隔代教養 (<input type="checkbox"/> 隨祖父母 <input type="checkbox"/> 隨外祖父母， 形成原因： <input type="checkbox"/> 父母離婚 <input type="checkbox"/> 父或母死亡 <input type="checkbox"/> 父母長期在外地工作 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明_____)				
	<input type="checkbox"/> 外籍配偶子女 (<input type="checkbox"/> 父，國籍：_____ <input type="checkbox"/> 母，國籍：_____)				
	<input type="checkbox"/> 外籍生				
	<input type="checkbox"/> 獨生子女				
	<input type="checkbox"/> 患重大疾病 (說明：患有心肌梗塞、腦中風、慢性腎衰竭 (尿毒症)、癌症、癱瘓、重大器官移植手術、冠狀動脈繞道手術等疾病之一，或其他疾病對學生學習產生一定程度之影響，需由學校提供特殊協助者。請詳述：_____)				
	<input type="checkbox"/> 寄親家庭 (<input type="checkbox"/> 寄居親友家 _____ <input type="checkbox"/> 寄居教養機構 (請填寫機構名稱：_____)				
	<input type="checkbox"/> 親子年齡差距 45 歲以上				
	<input type="checkbox"/> 父或母長期在國外 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 雙親) <input type="checkbox"/> 其他 (_____)				
戶籍地址 (請詳填)	縣市 弄 號之	鄉鎮市區 樓之	村里	鄰	路街 段 巷
通訊地址 <input type="checkbox"/> 同上	縣市 弄 號之	鄉鎮市區 樓之	村里	鄰	路街 段 巷
父親姓名：	關係 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 養 <input type="checkbox"/> 繼	存歿	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	
外籍請註明原國籍：	中華民國國籍： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	職業：	職稱：		
電話 (公)：	電話 (宅)：	電話 (手機)：			
母親姓名：	關係 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 養 <input type="checkbox"/> 繼	存歿	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	
外籍請註明原國籍：	中華民國國籍： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	職業：	職稱：		
電話 (公)：	電話 (宅)：	電話 (手機)：			
監護人資料 <input type="checkbox"/> 同父親 <input type="checkbox"/> 同母親					
姓名：	關係：	職業：	職稱：		
電話 (公)：	電話 (宅)：	電話 (手機)：			
緊急聯絡人資料 <input type="checkbox"/> 同父親 <input type="checkbox"/> 同母親					
姓名：	關係：	職業：	職稱：		
電話 (公)：	電話 (宅)：	電話 (手機)：			

臺南市大新國民小學 109 學年度本土語文/新住民語文選修課程調查表

班級	()年級()班	學生姓名			
選習語文類別 (限一種)	()閩南語	()客家語	<p style="text-align: center;">原住民族語</p> <p>() A 鹿南語 () A 知本卑南語 () A 建和卑南語 () B 卓群布農語 () B 丹群布農語 () B 卡群布農語 () B 巒群布農語 () C 東排灣語 () C 北排灣語 () C 中排灣語 () D 東魯凱語 () E 澤敖利泰雅語 () E 萬大泰雅語 () E 宜蘭澤敖利泰雅語 () F 德固達雅語 () F 都達語 () G 南勢阿美語 () G 馬蘭阿美語 () H 賽夏語 () J 邵語 () L 鄒語 () N 拉阿魯哇語 () O 萬山魯凱語 () O 大武魯凱語 () Q 太魯閣語</p>		<p style="text-align: center;">新住民語</p> <p>() 越南語 () 印尼語 () 泰語 () 柬埔寨語 () 緬甸語 () 馬來語 () 菲律賓語</p>
			<p>() A 知本卑南語 () A 建和卑南語 () B 卓群布農語 () B 丹群布農語 () C 南排灣語 () C 北排灣語 () D 霧臺魯凱語 () E 賽考利克泰雅語 () E 汶水泰雅語 () E 四季泰雅語 () F 德路固語 () G 秀姑巒阿美語 () G 海岸阿美語 () G 恆春阿美語 () I 雅美語 () K 噶嗎蘭語 () M 卡那卡那富語 () O 多納魯凱語 () O 茂林魯凱語 () P 撒奇萊雅語</p>		
學生選習語文類別程度	()能聽 ()能聽、說、讀	()能聽、說 ()完全不會			
家長使用的母語	父： 母：				

- 說明：
- 一、 依據十二年國民基本教育課程綱要，國小一年級至六年級學生，應就閩南語、客家語、原住民族語、新住民語等四種語文任選一種修習，國中則依學生意願自由選習。
 - 二、 本表係提供 108 學年度新生於報到時調查，以提供學校開設本土語文/新住民語文課程類別之依據，且以鼓勵持續學習同一種語文為原則，倘確有更換語文類別之需求，應持續至少一年方得更換。
 - 三、 依據十二年國民基本教育課程綱要總綱有關本土語文/新住民語文課程之開課規定：「學校得依地區特性（如連江縣）及學校資源，開設閩南語文、客家語文、原住民族語文以外之本土語文供學生選習。新住民語文課程的開設內容以來自東南亞地區的新住民語文為主。」
 - 四、 學校開課時，應視各類語文課程選習學生數，得以班群方式打破班級或年級界限，依學生選習語言類別編組；學生之學期成績，依其所選修語文成績做計算。
 - 五、 本表填寫完畢，並經家長同意簽章後，請於 3 月 29~30 日新生報到時繳回。

家長簽章：_____

臺南市大新國民小學 109 學年度新生預防接種提醒單

貴家長您好：

歡迎您的寶貝加入大新國小這個大家庭，關於一年級新生入學的預防接種 101 學年度有較大的改變，原本於入學後應接種的**麻疹腮腺炎德國麻疹疫苗 (MMR) 第 2 劑**、**減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 (Tdap-IVP)** 以及**日本腦炎疫苗 (JE) 第 4 劑**，**開學後衛生所將不會到校集體接種**，須由家長自行帶至衛生所或診所接種，若您的寶貝尚未接種此 3 種疫苗，請您利用暑假期間儘快完成接種。

新化區接種疫苗地點：

1. 新化區衛生所：電話 5906025
2. 陳相國診所：電話 5908878
3. 徐小兒科診所：電話 5901995
4. 劉琳榕小兒科診所：電話 5970088
5. 崇祐聯合診所：電話 5980342

接種前可先電話洽詢各診所施打時間，若有問題可電話聯絡新化區衛生所。

備註：

您的寶貝已完成或未完成所有疫苗接種，都請您於**開學時**將『**疫苗接種紀錄表**』

影本繳交一份給班級老師。

大新國小健康中心敬啟