

台南市佳里國民小學新生入學資料調查表

就學編號： 入學： 年 8 月 頁數： 班級： 年 班

學生本人概況及身份別 為維護學生家庭及個人權益請詳實填寫	學生姓名		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	身分證字號	生日	年 月 日	
	出生地		省(市) 縣(市)		血型： <input type="checkbox"/> 1.A <input type="checkbox"/> 2.B <input type="checkbox"/> 3.O <input type="checkbox"/> 4.AB <input type="checkbox"/> 5.其他 學生本人吃素： <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是		
	家庭住址		本校學區戶籍地址： (戶口名簿) 連絡地址(實際居住地)： <input type="checkbox"/> 同上/ 若與戶籍不同，請於右方填寫地址： 市內電話(宅)：				
	身心障礙手冊 (請附證明影本裝訂於後)		貴子弟若有疑似或實際障礙情況請務必確實勾選，以利分配相關資源予以協助。 <input type="checkbox"/> 無任何身心障礙 / <input type="checkbox"/> 學生本人疑似身心障礙但無手冊 <input type="checkbox"/> 學生本人殘障-請繳交證明_____； <input type="checkbox"/> 家長殘障(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 手冊類型_____)				
	經濟狀況		<input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 中低收入戶(需有本年度本區公所證明) <input type="checkbox"/> 低收入戶(需有本年度本區公所證明)				
	家庭狀況		<input type="checkbox"/> 與雙親同住 / <input type="checkbox"/> 單親(<input type="checkbox"/> 隨父 <input type="checkbox"/> 隨母)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_____)				
	原住民		<input type="checkbox"/> 1.否 / <input type="checkbox"/> 2.是(<input type="checkbox"/> 山地_____族原住民; <input type="checkbox"/> 平地_____族原住民)				
	父母親為新住民		<input type="checkbox"/> 都不是 / <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母為外國籍 (<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 馬來西亞 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 其他_____ (身份證 <input type="checkbox"/> 1.還沒拿到 <input type="checkbox"/> 2.已拿到)				
	曾患特殊疾病 (可複選)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1.心臟病 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.血友病 <input type="checkbox"/> 5.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 6.肺結核 <input type="checkbox"/> 7.氣喘 <input type="checkbox"/> 8.肝炎(A.B.C.D.E) <input type="checkbox"/> 9.癲癇 <input type="checkbox"/> 10.腦炎 <input type="checkbox"/> 11.疝氣 <input type="checkbox"/> 12.過敏物質 <input type="checkbox"/> 14.AIDS <input type="checkbox"/> 15.黃疸 <input type="checkbox"/> 16.麻疹 <input type="checkbox"/> 17.德國麻疹 <input type="checkbox"/> 18.傷寒 <input type="checkbox"/> 19.SARS <input type="checkbox"/> 20.貧血 <input type="checkbox"/> 21.易流鼻血 <input type="checkbox"/> 22. 重大手術或其他：_____				
	直系血親姓名		祖父：_____ (存、歿) 祖母：_____ (存、歿)				
父母教育程度 (填號碼即可)		1.不識字 2.識字(未就學) 3.小學 4.國中 5.高中(職) 6.專科 7.大學 8.碩士 9.博士 父親：_____ / 母親：_____					
監護人	稱謂	姓名	年次	工作機構	職稱	聯絡資訊	
<input type="checkbox"/>	父 <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	<input type="checkbox"/> 生父 <input type="checkbox"/> 繼父 <input type="checkbox"/> 養父				工作地電話 手機：	
<input type="checkbox"/>	母 <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	<input type="checkbox"/> 生母 <input type="checkbox"/> 繼母 <input type="checkbox"/> 養母				工作地電話 手機：	
<input type="checkbox"/>	其他 請再填另一非父母緊急聯絡人→姓名：_____ 性別：_____ 關係：_____						
	通訊處：		電話：		手機：		
願與另同屆親兄弟姐妹(姓名：_____) <input type="checkbox"/> 同班 <input type="checkbox"/> 不同班 <input type="checkbox"/> 不指定,由電腦編班 (注意!!:本項註記需另立同意書,請向承辦人員索取)							

若家長完成報到填寫後又不就讀本校，本文件(含戶籍影本)將以碎紙機(4*30 mm 短碎)處理，不另寄回。