

親愛的新生家長您好：

歡迎您們加入「小新大家庭」！小新的師長們將與您一同陪伴孩子成長！8月28日（五）將舉辦迎新活動，期待您大手牽小手，帶著孩子一同參加新生始業活動，當日孩子穿著整齊便服即可。

新生始業活動程序表

8月28日（星期五）上午8:00~10:00

時間	活動內容	地點
8:00~8:30	大手牽小手(新生報到)	中走廊
8:30~8:40	師生相見歡	一年級教室
8:40~9:40	1. 校園小達人闖關活動 2. 親師互動時間 3. 茶點時間	家長：一年級教室 新生：校園
9:40~9:55	校內團隊表演	中走廊
9:55~10:00	校長結語與祝福	
10:00	賦歸	

8月31日（星期一）開學日

每日到校時間	星期一~星期五	7:30~7:40
每日放學時間	星期一、三、四、五	12:40
	星期二	15:50

●注意事項：

- 1、請家長上課日準時接送孩子，上下學接送區位於祖師廟廣場及後校門，為了孩子安全請家長勿將機、汽車駛入校園。
- 2、本校教務處或註冊組電話：5837019分機111，如有什麼問題或建議，歡迎您告知學校教師以利研擬改進，感謝您的用心！

●開學日（8/31）請家長繳交預防接種卡（黃卡）影本及以下資料：

1. 學生基本資料調查表、新生入學輔導資料調查表
2. 健康狀況暨緊急聯絡人
3. 含氟漱口水同意書
4. 自動扣繳代收同意書

以上資料請家長在家中填妥後，於當日繳交給導師，感謝您的配合！

小新國小敬上 109.08.05

小新用心♡家長放心

# 學 生 基 本 資 料 調 查 表

各位親愛的家長您好：

附件一

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。

臺南市教育局 啟

學生姓名	出生：___年___月___日	身分證字號： <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
學生 身 份 別  (可 複 選)	<input type="checkbox"/> 一般學生 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 本人殘障 (請附證明文件)</span> <input type="checkbox"/> 家長殘障 ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母, 請附證明文件) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 低收入戶 (請附區公所證明)</span> <input type="checkbox"/> 功勳子女 (請附證明文件) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 原住民 (____族) (請附證明文件)</span> <input type="checkbox"/> 顏面傷殘 (請附證明文件) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 教職員子女</span> <input type="checkbox"/> 公教遺族-因公 (請附證明文件) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 公教遺族-因病 (請附證明文件)</span> <input type="checkbox"/> 身心障礙-鑑定 (文號: _____) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 身心障礙-手冊 (請附手冊)</span> <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) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )</span>											
	戶籍地址 (請詳填)	縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 村里 _____ 鄰 _____ 路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號之 _____ 樓之 _____										
通訊地址 <input type="checkbox"/> 同上	縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 村里 _____ 鄰 _____ 路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號之 _____ 樓之 _____											
父親姓名:	關係 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 養 <input type="checkbox"/> 繼 <span style="float: right;">存歿 <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿</span>										
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 <span style="float: right;">存歿 <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿</span>										
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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 同父親 <input type="checkbox"/> 同母親</span>												
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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 同父親 <input type="checkbox"/> 同母親</span>												
姓名: _____	關係: _____	職業: _____ 職稱: _____										
電話 (公): _____	電話 (宅): _____	電話 (手機): _____										

## 臺南市小新國小 109 學年度新生輔導資料調查表

附件二

學生姓名		性別		出生年月日	民國	年	月	日
身分證字號		學前教育	<input type="checkbox"/> 未曾讀幼稚園	<input type="checkbox"/> 曾讀	幼稚園所	年		
出生地	臺灣	縣市		血型				型
同住長輩	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 其他_____ 主要照顧者：_____							
戶籍住址	善化區	里	鄰	路(街)	巷	號	遷籍日期	
聯絡地址	善化區	里	鄰	路(街)	巷	號	住宅電話	
家長資料	姓名	出生年月日	最高學歷	職業	工作機構	職稱	公司電話	手機號碼
父親								
母親								
監護人姓名			緊急聯絡人姓名		緊急聯絡人電話			
監護人	聯絡電話	(公)	(手機)	關係		職業		
	通訊處							
兄弟姊妹	(按出生順序填寫) 學生本人排行第_____	稱謂	姓名	畢(肄)業學校	出生年月日			
父母關係	<input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 分住 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他_____							
家庭氣氛	<input type="checkbox"/> 很和諧 <input type="checkbox"/> 和諧 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不和諧 <input type="checkbox"/> 很不和諧							
父母管教方式	<input type="checkbox"/> 民主式 <input type="checkbox"/> 權威式 <input type="checkbox"/> 放任式 <input type="checkbox"/> 其他_____							
居住環境	<input type="checkbox"/> 住宅區 <input type="checkbox"/> 商業區 <input type="checkbox"/> 混合(住、商、工)區 <input type="checkbox"/> 軍眷區 <input type="checkbox"/> 農村 <input type="checkbox"/> 漁村 <input type="checkbox"/> 工礦區 <input type="checkbox"/> 山地 <input type="checkbox"/> 其他_____							
本人住宿	<input type="checkbox"/> 住在家裡(學區內) <input type="checkbox"/> 住在家裡(學區外) <input type="checkbox"/> 寄居親友家裡 <input type="checkbox"/> 其他_____							
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 富裕 <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 清寒 <input type="checkbox"/> 貧困							
身份別	<input type="checkbox"/> 一般學生 <input type="checkbox"/> 原住民學生 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 學生或父母領有殘障手冊者 <input type="checkbox"/> 雙親有外籍身份者( _____親 _____籍) <input type="checkbox"/> 其他_____							

# 臺南市善化區小新國小學童『健康狀況暨緊急聯絡人』調查表

一年班號	四年班號	姓名	身分證字號
二年班號	五年班號	生日	年 月 日 血型
三年班號	六年班號	住址	全民健保： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		_____區_____里_____鄰_____路街_____號	

**※ 緊急聯絡人請依優先順序填寫**

緊急聯絡人	稱謂	姓名	住家電話	行動電話	公司電話	工作機構
1						
2						
3						

**一、個人疾病史：(曾患過的疾病，請在該項的內做『✓』記號)**

- |  |                                   |                                       |  |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 無  | <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病   | <input type="checkbox"/> 10. 關節炎      | <input type="checkbox"/> 15. 癌症：_____      |
| <input type="checkbox"/> 2. 肺結核  | <input type="checkbox"/> 7. 癲癇    | <input type="checkbox"/> 11. 糖尿病      | <input type="checkbox"/> 16. 心理或精神疾病：_____ |
| <input type="checkbox"/> 3. 心臟病  | <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 | <input type="checkbox"/> 12. 川崎症      | <input type="checkbox"/> 17. 重大手術名稱：_____  |
| <input type="checkbox"/> 4. 肝炎   | <input type="checkbox"/> 9. 血友病   | <input type="checkbox"/> 13. 海洋性貧血    | <input type="checkbox"/> 18. 過敏物質名稱：_____  |
| <input type="checkbox"/> 5. 氣喘( <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否使用噴劑) | <input type="checkbox"/> 14. 蠶豆症  | <input type="checkbox"/> 19. 其他：_____ |  |

**二、上列疾病中：**

- 已痊癒    未痊癒，但目前不需治療    正接受治療：\_\_\_\_\_

**三、因上述疾病需注意事項：**\_\_\_\_\_

**四、經常服用藥物：**無 有\_\_\_\_\_；**曾經過敏藥物：**無 有：\_\_\_\_\_

**五、因先天性疾病或意外引起的缺陷或殘障：**\_\_\_\_\_

- 無 領有重大傷病卡：類別\_\_\_\_\_
- 無 領有身心障礙手冊：類別\_\_\_\_\_ 等級：極重度 重度 中度 輕度
- 無 領有醫師診斷證明(如：過動、情緒障礙…)：\_\_\_\_\_

**六、家族病史**上述疾病中，若您的家人曾患或正在治療中，請填上

疾病名稱：\_\_\_\_\_，患者與學生關係：\_\_\_\_\_

**※遇緊急事故需送醫，有無特別指定之醫療院所：**

1. 無：由學校送往附近醫療院所。
2. 有：(請填明)\_\_\_\_\_

說明：1. 當孩子發生緊急傷病如聯絡不到家長及上述親友時，由校方權宜處理。

2. 上述資料請家長據實詳細填寫；此資料視為保密資料，不對外公開。本表於開學一週內完成交回，謝謝。

3. 若學童有特殊疾病史，家長可與健康中心護理師聯絡，以提供適當健康照護(電話:5837019 轉 103)。

4. 個資法：個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：請貴家長同意提供本表所列之學生個人資料，做為學校緊急傷病處理及建檔等相關業務使用

5. 參加學校含氟漱口水計畫：同意 不同意

家長(監護人)簽名：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 (本表健康中心留存)

# 國小學童含氟漱口水防齲計畫

## 家長同意書

親愛的家長您好：

根據最新衛生福利部調查顯示，台灣於2012年7歲學童乳齒齲齒盛行率達88.2%、12歲學童恆齒也有70%，且12歲學童恆齒齲齒顆數達2.5顆，相較於世界衛生組織（WHO）所訂定的公元2025年的目標1.00顆相去甚遠，兒童的口腔健康狀況不僅會影響其咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來的生長及發育，需要特別重視。歐美於學校實施含氟漱口水計畫已行之有年，台灣亦自民88年開始正式推廣，並經實驗證實對齲齒之預防頗具成效。

為促進兒童口腔健康，衛生福利部運用菸品健康福利捐與各縣市牙醫師公會及學校合作，辦理「國小學童含氟漱口水防齲計畫」，在學期中提供全國國小學童，於學校的校護、老師及指導牙醫師督導下，每週一次以濃度0.2%之含氟漱口水充分漱口一分鐘，以預防齲齒。

本計畫的進行對於兒童口腔保健非常重要，參加者完全不需繳費，我們期望您能同意讓貴子弟參與這個有意義的口腔保健方案，若有特殊情況可隨時終止參與本計畫。此外，貴子弟仍應減少零食的攝取，養成飯後、睡前使用牙線及1,000PPM以上含氟牙膏刷牙的良好潔牙習慣，並定期接受牙醫師的診治，以確保貴子弟的口腔健康。

本漱口水無酒精及薄荷配方，請安心使用。

請您填寫回條後，由貴子弟交給導師。

謝謝您的合作

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 敬啟  
氟化物防齲諮詢專線 0800-555-086

### 家長回條

- 我同意我的小孩參加學校漱口水計畫
- 我不同意我的小孩參加學校漱口水計畫

原因(請簡述): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

您是學生的  父親  母親  祖父母  其他 \_\_\_\_\_

學生姓名：\_\_\_\_\_ 就讀 \_\_\_\_\_ 國小 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 班 \_\_\_\_\_ 號

家長簽名：\_\_\_\_\_

日期：109年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

# 各項費用自動扣繳代收同意書

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本人同意授權 臺南市善化區小新國民小學 委託郵局，自本人或學

生儲金帳戶內轉帳，代繳學生各學期代收費、代辦費等直到學生畢業為止。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，立授權書人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

郵局轉帳金額與應繳帳款金額不符時，立授權書人應自行向小新國小學校查詢釐清及辦理補、退款等事宜。

此致

_____年_____班_____號	學生姓名：
兄弟姐妹：_____年_____班_____號	學生姓名：
電話：(O)：_____	(H)：_____

存簿代繳

【請黏貼存簿正面影印本】

立帳郵局局號：\_\_\_\_\_ 存簿儲金帳號：\_\_\_\_\_

立帳人簽名蓋章：\_\_\_\_\_  存簿帳戶身分證字號：\_\_\_\_\_

注意事項：

立委託書人應為學生之家長或監護人，並請填寫以上資料。

立委託書人（家長）簽章：\_\_\_\_\_

## 臺南市小新國小註冊費及午餐費收費方式說明

各位親愛的家長您好：

一、為免除小朋友帶錢來校繳交註冊費、代辦費及午餐費的風險，本校委託郵局由家長或學生儲金簿轉帳繳費，每筆手續費5元(同一帳戶可同時繳交兄弟姐妹之費用，每次僅收5元手續費)。

二、轉帳委託書填好後請交給導師。