

新營國小學生基本資料調查表

各位親愛的家長您好：

學校傳真機 06-6355135

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： <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	
學生身份別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 一般學生 <input type="checkbox"/> 家長殘障 (□父 □母，請附證明文件) <input type="checkbox"/> 功勳子女 (請附證明文件) <input type="checkbox"/> 顏面傷殘 (請附證明文件) <input type="checkbox"/> 公教遺族-因公 (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 (□ 隨父 □ 隨母， 形成原因：□ 死亡 □ 離婚 □ 分居 □ 未婚生子 □ 其他請說明_____) <input type="checkbox"/> 隔代教養 (□ 隨祖父母 □ 隨外祖父母， 形成原因：□ 父母離婚 □ 父或母死亡 □ 父母長期在外地工作 □ 其他 (請說明_____) <input type="checkbox"/> 外籍配偶子女 (□ 父，國籍：_____ □ 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 (□ 寄居親友家 _____ □ 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 (□ 父 □ 母 □ 雙親) □ 其他 (_____)				
	<input type="checkbox"/> 本人殘障 (請附證明文件) <input type="checkbox"/> 低收入戶 (請附區公所證明) <input type="checkbox"/> 原住民 (_____) (請附證明文件) <input type="checkbox"/> 教職員子女 <input type="checkbox"/> 公教遺族-因病 (請附證明文件)				
	<input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> 通訊地址 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 <input type="checkbox"/> 同上 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 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：	
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：	
電話 (公)：		電話 (宅)：		電話 (手機)：	

戶籍遷入時間： 年 月 日 入學前就讀 幼兒園