花蓮縣光復鄉太巴塱國民小學113學年度新生基本資料表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生本人狀況 | | | 姓名 | |  | | | | 性別 | | | 男 女 （ 請圈選） | |
| 身分證  字號 | |  | | | | 出生  年月日 | | | 民國 年 月 日 | |
| 血型 | |  | | | | 學前教育 | | | 幼稚園 曾就讀 ( )年 | |
| (必填)  家用電話 | | |  | | | | (必填)  行動電話 | | |  |
| 詳細聯絡地址  (實際居住地) | | | | (郵遞區號) 花蓮縣 鄉/鎮/市 村/里 鄰  路/街 巷 弄 號 樓之 | | | | | | |
| 家庭狀況 | | | 父親姓名 | | |  | | | | 出生年次 | | | 民國 年 |
| 教育程度 | | |  | | | | 行動電話 | | |  |
| 工作機構職稱 | | |  | | | | 公司電話 | | |  |
| 母親姓名 | | |  | | | | 出生年次 | | | 民國 年 |
| 教育程度 | | |  | | | | 行動電話 | | |  |
| 工作機構職稱 | | |  | | | | 公司電話 | | |  |
| 監護人姓名 | | | □父母共同監護 □同父 □同母  □其他 與學生關係: 行動電話: | | | | | | | |
| 與新生同一戶籍之胞兄、姐班級、姓名 | | | | | | 班級：  姓名： | | |  |  |  |  | |
| 緊急連絡人 | | 姓名 | |  | | | | | 緊急就醫院所請打ˇ | | * 花蓮醫院 □慈濟醫院 * 門諾醫院 □其他( ) | | |
| 電話 | |  | | | | |
| 左列身分註記有關學生權益，請詳實勾選。(未符合者免填) | | * 平地原住民 * 山地原住民 | | | |  | ( )族別 | | | | □持有期限112年12月31日前有效  ( 低 / 中低 )收入戶證明 | | |
| * 學生領有殘障手冊   極重度 重度 中度 輕度（請圈選） 有效期限 止   * 家長領有殘障手冊   極重度 重度 中度 輕度（請圈選） 有效期限 止 | | | | | | | | | 營養午餐：  □葷食 □素食 | | |
| 學生是否有特殊疾病？   * 無 * 有，如：過敏、氣喘、肺結核、癲癇、蠶豆症、紅斑性狼瘡、血友病、地中海型貧血、心臟病、腎臟病、糖尿病、關節炎等，或其他請在以下詳述： | | |
| □父 □母 為外國籍或大陸籍  國籍( )  目前是否已領有身分證 □是 □否 | | | | | | | | |
|  | **家長簽名：** | | | | | | | ※本調查表為班級導師填寫學籍資料使用，依個資法保密不外洩。 | | | | | |