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。 |