

臺南市立鎮海國小附設幼兒園 112 學年度新生入園報名表 登記號碼：

幼兒基本資料	姓名		性別		出生	年 月 日	電話		
	通訊地址					身分證字號			
	戶籍地址								
	親屬	姓名	年齡	教育程度	職業	服務機關	電話(手機)		
	父								
	母								
兄	人	姊	人	緊急聯絡人： 電話：				<input type="checkbox"/> 第1優先： A. 經鑑定安置之身心障礙幼兒 B-1. 低收入戶子女 B-2. 中低收入戶子女 B-3. 原住民(不限設籍本市) B-4. 特殊境遇家庭子女 B-5. 中度以上身心障礙者子女 <input type="checkbox"/> 第2優先： C. 經社政主管機關安置之幼兒 D. 本校(園)教職員工子女 E. 多子女家庭 F. 111學年度在園特教生手足 G. 111學年度在園幼兒之手足 H. 因公死亡公務員之子女 <input type="checkbox"/> 第3優先： J. 設籍本校學區之幼兒 <input type="checkbox"/> 一般幼兒	
	弟	人	妹						人
家庭狀況	<input type="checkbox"/> 低收入戶 【請提供證明】 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 【請提供證明】 <input type="checkbox"/> 身心障礙 (<input type="checkbox"/> 兒童 <input type="checkbox"/> 家長) 【請提供證明】 <input type="checkbox"/> 原住民 【戶口名簿上應有種族名稱登記】 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 外籍配偶 (<input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 其他_____)								
	本人多(雙)胞胎子弟參加 112 學年度 新生入學抽籤，要合併抽籤方式(一個籤代表所有名額)進行，特此切結。 同籤幼兒請依下列順序錄取：_____、_____、_____								
	此致 鎮海國小附設幼兒園 具切結書人簽章：_____ (或蓋章)								
	生活狀況	特殊的飲食習慣			特殊的睡眠問題				
		曾讀過幼兒園嗎？			特殊的行為問題				
		幼兒得過重病或受過重傷嗎？			您能告訴我們幼兒有什麼地方需要特別的注意？				
身體狀況	1. 有無過敏體質： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，何種狀況：_____								
	2. 過敏類別： <input type="checkbox"/> 食物：_____ <input type="checkbox"/> 藥品：_____								
	<input type="checkbox"/> 動物：_____ <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 塵蟎 <input type="checkbox"/> 其他：_____								
緊急狀況	3. 有無下列疾病或狀況： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 蠱豆症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 <input type="checkbox"/> 慢性中耳炎 <input type="checkbox"/> 唐氏症 <input type="checkbox"/> 早產 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 過動 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 其他：_____)								
	緊急事件處理程序(請依需要在 <input type="checkbox"/> 填 1. 2. 3 順序)								
	<input type="checkbox"/> 希望園方先聯絡父母，再由父母處理。 <input type="checkbox"/> 由園方自行處理，必要時送往就近醫院。 <input type="checkbox"/> 希望園方送往指定_____醫院。住址：_____ 電話：_____								
填表人(簽章)					日期		年 月 日		