

臺南市立鎮海國小附設幼兒園 110 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(宅)	
	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	弟 人	緊急聯絡人：		<input type="checkbox"/> 第1優先： A.身心障礙 B.低收入戶子女 C.中低收入戶子女 D.原住民 E.特殊境遇家庭子女 F.中度以上身心障礙者子女 <input type="checkbox"/> 第2優先： G.教職員工子女 H.多子女家庭 I.在園特教生手足 J.因公死亡公務員之子女 <input type="checkbox"/> 第3優先： K.設籍本校學區之幼兒 <input type="checkbox"/> 一般幼兒			
	弟 人	妹 人	電話：					
家庭狀況	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙 ( <input type="checkbox"/> 兒童 <input type="checkbox"/> 家長) <input type="checkbox"/> 原住民 <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_____ )							
多胞胎切結欄	本人多(雙)胞胎子弟參加 <b>110 學年度</b> 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：_____ 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"/> 蠶豆症 <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：_____ )							
緊急狀況	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		