花蓮縣花蓮市明義國民小學 111 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	(兄、姐)班級： 姓名：		(兄、姐)班級： 姓名：			
緊急 連絡人	姓名		緊急就醫院 所請打√	☐ 花蓮醫院 ☐ 慈濟醫院 ☐ 門諾醫院 ☐ 其他()		
	電話					
以下身分註記， 勾選。未符合者免填。 關係學生權益， 請詳實	☐ 平地原住民 ()族別 ☐ 山地原住民			☐ 持有期限 111 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		
	☐ 父 ☐ 母 為外國籍或大陸籍 國籍() 目前是否已領有身分證 ☐ 是 ☐ 否			學生是否有特殊疾病無法參與體育課之課程？ ☐ 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：		

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。