

新北市三重區_____國民小學屆齡新生入學資料表

※ 請將本資料表填妥後，連同入學通知單及報到所需資料交給學校，學校有其他格式依其格式 ※

一、新生基本資料

姓名		性別		血型	
身分證字號/ 居留証號碼		出生年月日	民國 年 月 日		
國籍及 出生地		家中排行			
連絡市話		行動電話			
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 縣(市) (鄉鎮市)區 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
親子年齡	<input type="checkbox"/> 差距超過 45 歲 <input type="checkbox"/> 差距 45 歲以下		獨生子女	<input type="checkbox"/> 是獨生子女 <input type="checkbox"/> 不是獨生子女	
網路裝設	<input type="checkbox"/> 是，家中有網路 <input type="checkbox"/> 否，家中無網路				
教養情形	<input type="checkbox"/> 雙親 <input type="checkbox"/> 單親--與_____同住 <input type="checkbox"/> 隔代--與_____同住 <input type="checkbox"/> 寄養--與_____同住				
學生身份別	※(可複選，*請隨表檢附證明文件) <input type="checkbox"/> 一般學生 <input type="checkbox"/> 本人殘障* <input type="checkbox"/> 家長殘障* <input type="checkbox"/> 低收入* <input type="checkbox"/> 中低收入* <input type="checkbox"/> 外籍生* <input type="checkbox"/> 清寒證明* <input type="checkbox"/> 原住民* <input type="checkbox"/> 海外僑生* <input type="checkbox"/> 港澳僑生* <input type="checkbox"/> 邊疆生* <input type="checkbox"/> 資優生* <input type="checkbox"/> 體育績優* <input type="checkbox"/> 顏面傷殘 <input type="checkbox"/> 大陸來台依親* <input type="checkbox"/> 功勳子女* <input type="checkbox"/> 派外人員子女* <input type="checkbox"/> 公教遺族—因公* <input type="checkbox"/> 公教遺族—因病* <input type="checkbox"/> 教職員子女 <input type="checkbox"/> 身心障礙—檢定* <input type="checkbox"/> 退伍軍人子女* <input type="checkbox"/> 外籍配偶子女 <input type="checkbox"/> 境外優秀科學技術人才子女* <input type="checkbox"/> 非學校型態實驗教育* <input type="checkbox"/> 特殊境遇婦女之子女* <input type="checkbox"/> 其他				
用餐調查	<input type="checkbox"/> 訂學校午餐(<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素) <input type="checkbox"/> 自備午餐 <input type="checkbox"/> 蒸飯				
母語選修	<input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語(<input type="checkbox"/> 海陸腔、 <input type="checkbox"/> 四縣腔) <input type="checkbox"/> 原住民語： 族語 <input type="checkbox"/> 新住民語：(<input type="checkbox"/> 越語、 <input type="checkbox"/> 印尼語、 <input type="checkbox"/> 泰語、 <input type="checkbox"/> 柬埔寨語、 <input type="checkbox"/> 緬甸語、 <input type="checkbox"/> 馬來語、 <input type="checkbox"/> 菲律賓語)				

二、健康管理資料

(一)是否加入全民健保? ☐是 ☐否

(二)個人疾病史(以下病症如曾罹患請於方格打✓)

<input type="checkbox"/> 無特殊疾病【跳至(四)回答】					
<input type="checkbox"/> 肺結核	<input type="checkbox"/> 蠱豆症	<input type="checkbox"/> 風濕熱	<input type="checkbox"/> 心智疾病	<input type="checkbox"/> 罕見疾病	<input type="checkbox"/> 左、右〔手、腳〕骨折
<input type="checkbox"/> 關節炎	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 腦炎	<input type="checkbox"/> 海洋性貧血	<input type="checkbox"/> 甲狀腺功能疾病
<input type="checkbox"/> 血友病	<input type="checkbox"/> 癲癇	<input type="checkbox"/> 疝氣	<input type="checkbox"/> 腎臟病	<input type="checkbox"/> A. B. C. D. 型肝炎	<input type="checkbox"/> 過敏(鼻子、藥物、皮膚)
<input type="checkbox"/> 重大手術，名稱()				<input type="checkbox"/> 氣喘(經醫師診斷)	<input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 腫瘤(癌症)，名稱()				<input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡	

(三)上述疾病 ☐已痊癒 ☐接受治療中 ☐未痊癒，但目前不需至醫院治療 ☐常發作

(四)其他補充說明(或照護注意事項)：()

(五)因先天性疾病或意外引起的缺陷或障礙，且經市府鑑定領有身心障礙手冊或證明，其缺陷或障礙類別為：()；等級：(☐極重度☐重度☐中度☐輕度)

三、家庭狀況

父親姓名 身分證字號或 居留證護照號		目前狀況	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	出生年次	年次			
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字(未就學) <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士							
國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 非本國籍，國名_____							
父親職業		服務單位		職稱				
行動電話		市話(公)		市話(宅)				
母親姓名 身分證字號或 居留證護照號		目前狀況	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	出生年次	年次			
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字(未就學) <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士							
國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 非本國籍，國名_____							
母親職業		服務單位		職稱				
行動電話		市話(公)		市話(宅)				
監護人姓名			與監護人關係					
祖父姓名		目前 狀況	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	祖母姓名	目前 狀況 <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿			
其他聯絡人		關係		電話				
兄弟姐妹	稱謂	姓名	出生 年	就讀學校	稱謂	姓名	出生年	就讀學校
兄弟姐妹								
兄弟姐妹								
學前教育	<input type="checkbox"/> 曾進幼兒園_____年 <input type="checkbox"/> 不曾進幼兒園 <input type="checkbox"/> 在大陸/國外地區曾接受托育							
父母關係	<input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 父或母因工作在外居住 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他()							
父-管教方式	<input type="checkbox"/> 民主式 <input type="checkbox"/> 權威式 <input type="checkbox"/> 放任式 <input type="checkbox"/> 其他							
母-管教方式	<input type="checkbox"/> 民主式 <input type="checkbox"/> 權威式 <input type="checkbox"/> 放任式 <input type="checkbox"/> 其他							
居住環境	<input type="checkbox"/> 住宅區 <input type="checkbox"/> 商業區 <input type="checkbox"/> 住商工混合區							
家庭氣氛	<input type="checkbox"/> 很和諧 <input type="checkbox"/> 和諧 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不和諧 <input type="checkbox"/> 很不和諧							
本人住宿	<input type="checkbox"/> 住在家裡(學區內) <input type="checkbox"/> 住在家裡(學區外) <input type="checkbox"/> 寄住親友家							
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 富裕 <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 清寒 <input type="checkbox"/> 貧困							

四、本人願意尊重 國小建議，當子弟遭遇緊急傷病事件時，學校得直接和本人或親屬取得聯絡送相關醫療院所治療，如未能連絡本表所列緊急聯絡人時，請學校權宜處理並就近送往
☐新北市立聯合醫院三重院區 ☐新光醫院 ☐馬偕醫院 ☐台北榮民總醫院 ☐台大醫院
☐其他(醫院)診療，以維護子弟安全。

家長或監護人： 簽章 填寫日期： 年 月 日