



保良局陳維周夫人紀念學校 (新來港學童啟動課程)

只供本校職員填寫：

文件已交齊

尚欠 1. _____ 2. _____ 3. _____

入 學 申 請 表

入學日期：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (此欄由校方填寫) 安排就讀 _____ 年級

同校兄弟妹： 1. _____ (P.) 2. _____ (P.) 3. _____ (P.)

學生資料

中文姓名		性別		年齡		照片
英文姓名		來港前 居住地區		省		
出生日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日	出生地點	<input type="checkbox"/> 中國 <input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 其他_____			
首次到港 居留日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日	香港證件	<input type="checkbox"/> 已領取 <input type="checkbox"/> 未領取			
電話	_____ / _____ / _____ (家居電話) (手提電話) 國內或海外電話(如有)					
地址						

學生以前就讀之學校資料

最後就讀學校名稱	學校所在城市	離校後到港日期	最後完成之年級
	省 市	年 月 日	年級 <input type="checkbox"/> 上學期 <input type="checkbox"/> 下學期
過去 <input type="checkbox"/> 曾 <input type="checkbox"/> 不曾	重讀或延遲入學，如有，請列明原因： _____		

家長或監護人資料

家長姓名	籍貫	香港身份證上 是否永久居民	父母姓名是否與學生 出生證明文件相同	職業	緊急聯絡電話
父	省	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否_____		
母	省	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否_____		
監護人	省	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

有關學生健康狀況:

申請學生有否嚴重疾病/食物敏感:

沒有 有 (請註明: _____)

申請學生有否定時服藥之需要:

沒有 有 (請註明藥物名稱及服藥時間: _____)

申請學生曾否接受教育心理評估 (如智力評估、精神健康評估等):

沒有 有 (請註明: _____)

申請學生是否有特殊教育需要傾向:

沒有 有 懷疑 * (請圈出適用者)

*智障/聽障/視障/肢體傷殘/自閉症/過度活躍症(多動症)/其他特殊學習困難 : _____

聲明

申請入學學生姓名: _____ 曾居住國家: _____, 屬於以下類別:

新來港人士 來港不足一年/或

在過去一年內沒有在港就讀任何課程 (包括幼稚園、私校)

回流人士 (指在港出生及曾在港生活之學童) 在過去三年內沒有在港就讀任何課程 (包括幼稚園、私校)

家長/監護人簽署: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

由何種途徑認識本校:

教育局

親友

社會福利機構

其他 _____

校方報名經手人: