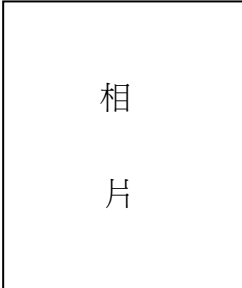


編號： \_\_\_\_\_  
申請班級： \_\_\_\_\_

香港航海學校  
新生入學申請表

學生個人資料

學生姓名：(中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_  
出生日期： \_\_\_\_\_ 年齡： \_\_\_\_\_  
香港身份證號碼： \_\_\_\_\_ 出生地點： \_\_\_\_\_  
國籍： \_\_\_\_\_ 抵港日期(如新移民)： \_\_\_\_\_  
地址：(中文) \_\_\_\_\_  
(英文) \_\_\_\_\_  
電話： \_\_\_\_\_  
最後就讀學校(如適用)： \_\_\_\_\_ 班別： \_\_\_\_\_  
最後上課日期： \_\_\_\_\_  
離校原因： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



原校資料

學校名稱	由 年 月	班別	至 年 月	班別

	年度	班別	年度	班別
*曾任 服務				
*曾獲 獎項				

興趣： \_\_\_\_\_  
專長： \_\_\_\_\_  
申請入讀本校原因： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**家庭資料**

家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_ 與學生關係：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

家長/監護人之婚姻狀況：已婚 / 分居 / 離婚

家庭狀況：是否領取綜援： 是  否

**家庭成員資料**

家庭成員姓名	與申請人關係	年齡	職業 / 學校及班級	每月收入 (如適用)	聯絡電話
	父親				(日) (夜)
	母親				(日) (夜)

家長簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

- 請附以下文件副本：
- 身份証及出世紙副本
- 成績表副本
- 活動或獎項證明副本
- 地址證明
- 回郵信封兩個 (須填妥姓名、地址及貼上郵票)

---

收表日期：\_\_\_\_\_

---

## 學生健康情況

(由家長/監護人自願填寫)

(限閱文件 — 所提供的資料只用作與本校學生保健有關的事宜)

學生姓名：\_\_\_\_\_ 班號：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 班別：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_ 家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_

緊急聯絡電話： (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

1. 如學生曾患有以下疾病，請在適當的方格內加上「」記號及列出詳情：

		疾病名稱	患病時年齡	疾病資料
1.	<input type="checkbox"/>	葡萄糖六磷酸去氫醇素缺乏症		
2.	<input type="checkbox"/>	哮喘		
3.	<input type="checkbox"/>	腦癇病		
4.	<input type="checkbox"/>	高熱引致抽搐		
5.	<input type="checkbox"/>	腎病		
6.	<input type="checkbox"/>	心臟病		
7.	<input type="checkbox"/>	糖尿病		
8.	<input type="checkbox"/>	聽覺不健全		
9.	<input type="checkbox"/>	血友病		
10.	<input type="checkbox"/>	貧血		
11.	<input type="checkbox"/>	其他血病(請註明：_____)		
12.	<input type="checkbox"/>	藥物敏感		
13.	<input type="checkbox"/>	疫苗敏感		
14.	<input type="checkbox"/>	食物敏感		
15.	<input type="checkbox"/>	其他敏感(請註明：_____)		
16.	<input type="checkbox"/>	肺結核		
17.	<input type="checkbox"/>	曾進行小型手術		
18.	<input type="checkbox"/>	曾進行大型手術		
19.	<input type="checkbox"/>	精神問題(如思覺失調，抑鬱症，焦慮症，強迫症，等等)		
20.	<input type="checkbox"/>	其他(請註明：_____)		

\* 請於適當內加入√ 號 # 請劃去不適用之項目

2. 倘認為學生不適宜上體育課或參加任何其他類型的學校活動，請具體說明理由並提交醫生證明書。

\_\_\_\_\_

3. 學生現在有否需要服藥? 如需要，請提供原因: \_\_\_\_\_

\*  需要；該藥名為\_\_\_\_\_ 須於# 早 / 午 / 晚，每日服用\_\_\_\_\_次

不需要

4. 兒子有否接受過以下專業人士的評估/作個案跟進？

學生訓導員/學校社工  言語治療師  教育心理學家  聽覺師   
精神科醫生  職業治療師  其他: \_\_\_\_\_ (請註明)

5. 學生是否懷疑或確診以下障礙：(如確診以下任何一項，請附上報告/相關資料)

		懷疑	確診	確診機構
a.	特殊學習困難/讀寫障礙			
b.	專注力不足及過度活躍症			
c.	自閉症			
d.	語言障礙			
e.	視覺障礙			
f.	聽覺障礙			
g.	肢體殘障			
h.	智能障礙			

6. 家長對兒子的關注事項:

---

---

7. 其他補充資料：

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(家長或監護人簽署)

\_\_\_\_\_  
(家長或監護人姓名)

\_\_\_\_\_  
日期

### 收集個人資料聲明

#### 收集目的：

本校收集貴子弟的個人資料，只會用作處理有關學生的保健及安全事宜。雖然提供個人資料與否純屬自願，但若你所提供的資料不足，本校可能無法掌握貴子弟的病歷，當意外發生時，我們可能未能為貴子弟提供適切的協助。

#### 索閱個人資料：

根據《個人資料(私隱)條例》，你有權要求索閱和修訂你所提供的資料。如有需要，請與學校聯絡。