

學生基本資料調查表

各位親愛的家長您好：

為了建立本市國小學生學籍之電子資料庫，提供親師溝通合作、教師教學、學校行政與市府統計分析與決策之需，懇請您撥冗確實填寫這份表單，以利輸入電腦，希望日後就不必再時時麻煩您或者老師抄寫這些資料。所有資料內容絕對保密，請家長放心詳實填寫，希望能不因填寫有誤，而造成貴子女相關權益或福利受損。

台南市教育局 啟

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---------|---------------------|------------------------------|---|---|--|--|--|
| 學生姓名 | 出生：____年____月____日 | 學生身分證字號： <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 註冊 減免 調查 | <p>※本欄項目攸關註冊減免相關權益，請務必詳實勾選填寫，並附相關證明（請備正本及影本至國小部註冊組繳交查驗）</p> <p> <input type="checkbox"/> 中低、低收入戶（請附區公所開立本年度證明正本） <input type="checkbox"/> 原住民（_____族）（請附證明文件） <input type="checkbox"/> 公教遺族---<input type="checkbox"/>因公、<input type="checkbox"/>因病（請附證明文件） <input type="checkbox"/> 功勳子女（請附證明文件） <input type="checkbox"/> 家長領有身心障礙手冊（<input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母，請附證明文件） <input type="checkbox"/> 學生顏面傷殘（請附證明文件） <input type="checkbox"/> 學生身心障礙-鑑定（文號：_____） <input type="checkbox"/> 學生身心障礙-手冊（請附手冊） </p> | | | | | | | | | |
| 學生 身份 （ 可 複 選 ） | <p> <input type="checkbox"/> 一般學生（無下列身分者請勾此項） <input type="checkbox"/> 本校教職員子女 <input type="checkbox"/> 單親（<input type="checkbox"/> 隨父 <input type="checkbox"/> 隨母， 形成原因：<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 未婚生子 <input type="checkbox"/> 其他請說明_____） <input type="checkbox"/> 隔代教養（<input type="checkbox"/> 隨祖父母 <input type="checkbox"/> 隨外祖父母， 形成原因：<input type="checkbox"/> 父母離婚 <input type="checkbox"/> 父或母死亡 <input type="checkbox"/> 父母長期在外地工作 <input type="checkbox"/> 其他（請說明_____） <input type="checkbox"/> 外籍配偶子女(含大陸籍外配)，父-國籍：_____、母-國籍：_____ <input type="checkbox"/> 外籍生(係指無中華民國國籍者)，國籍：_____ <input type="checkbox"/> 獨生子女 <input type="checkbox"/> 患重大疾病（說明：患有心肌梗塞、腦中風、慢性腎衰竭（尿毒症）、癌症、癱瘓、重大器官移植手術、冠狀動脈繞道手術等疾病之一，或其他疾病對學生學習產生一定程度之影響，需由學校提供特殊協助者。請詳述：_____） <input type="checkbox"/> 寄親家庭（<input type="checkbox"/>寄居親友家 _____ <input type="checkbox"/>寄居教養機構（請填寫機構名稱：_____） <input type="checkbox"/> 親子年齡差距 45 歲以上 <input type="checkbox"/> 父或母長期在國外（<input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>雙親） <input type="checkbox"/>其他（_____） </p> | | | | | | | | | |
| 學生戶籍地址 （請詳填） | 縣市 | 鄉鎮市區 | 村里 | 鄰 | 路街 | 段 | 巷 | | | |
| | 弄 | 號之 | 樓之 | （縣市、區、里、鄰、地址皆須完整填寫） | | | | | | |
| 學生通訊地址 <input type="checkbox"/> 同上 | 縣市 | 鄉鎮市區 | 村里 | 鄰 | 路街 | 段 | 巷 | | | |
| | 弄 | 號之 | 樓之 | | | | | | | |
| 父親姓名： | 關係(勾選) | <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 養 <input type="checkbox"/> 繼 | 出生年次 | | 存歿 | <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿 | | | | |
| 外籍請註明原國籍： | 中華民國國籍： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 服務單位： | | 職稱： | | | | | |
| 電話（公）： | 電話（宅）： | | 電話（手機）： | | | | | | | |
| 母親姓名： | 關係(勾選) | <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 養 <input type="checkbox"/> 繼 | 出生年次 | | 存歿 | <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿 | | | | |
| 外籍請註明原國籍： | 中華民國國籍： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 服務單位： | | 職稱： | | | | | |
| 電話（公）： | 電話（宅）： | | 電話（手機）： | | | | | | | |
| 監護人資料 | | <input type="checkbox"/> 同父親 | | | <input type="checkbox"/> 同母親 | | | | | |
| 姓名： | 關係： | 服務單位： | | | 職稱： | | | | | |
| 電話（公）： | 電話（宅）： | | 電話（手機）： | | | | | | | |
| 緊急聯絡人資料 | | <input type="checkbox"/> 同父親 | | | <input type="checkbox"/> 同母親 | | | | | |
| 姓名： | 關係： | 服務單位： | | | 職稱： | | | | | |
| 電話（公）： | 電話（宅）： | | 電話（手機）： | | | | | | | |