



入学申请表

*入学日期

年 月 日

照片

*报读年级

- 豆豆班 (8月31日前出生, 9月入学前满两周岁) 小班 (8月31日前出生, 9月入学前满两周岁)
- 中班 (8月31日前出生, 9月入学前满四周岁) 大班 (8月31日前出生, 9月入学前满五周岁)

*报读校区

(家长可以备注喜欢的校区, 但春田幼儿园拥有校区最终解释权。)

- 凯旋春田幼儿园 广粤春田幼儿园

你的孩子个人资料

*中文名

*姓氏

*名字

*性别

- 男孩 女孩

*出生日期

年 月 日

*国籍

*护照国籍

*身份证/护照号码

*幼儿母语

*幼儿懂得的其他语言

***幼儿在家中排行位置**

第一 第二 第三 其他

***您的孩子是否有兄弟姐妹吗？**

否 是，如果是，请列出人数：兄弟/姐姐和他们的年龄：

性别	年龄	性别	年龄
_____	_____	_____	_____
性别	年龄	性别	年龄
_____	_____	_____	_____
性别	年龄	性别	年龄
_____	_____	_____	_____

您的孩子是否有兄弟姐妹在读或者曾毕业于春田幼儿园？ 否 是

如有，请列出兄弟/姐妹和他们的名字：

入学历史

从来没有上学

请提供入读学校的名称

从: _____ 到: _____
年 月 年 月

家庭信息

***你们住在凯旋新世界吗？**

否 是，如果是请√ 租住 自己物业

*** 户籍所在地**

*家庭电话

家庭传真

父亲资料

*名字

国籍

身份证 / 护照号码

*母语

职业 / 职位

公司名称

办公室电话

*手机号码

*电子邮件地址

母亲资料

*名字

国籍

身份证 / 护照号码

*母语

职业 / 职位

公司名称

办公室电话

*手机号码

*电子邮件地址

学生身体情况

您的孩子是否对食物，动物，植物，昆虫叮咬或蜇伤过敏？

过敏

反应

您的孩子经历过或正在经历以下疾病（ES）？如果是，请√：

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 贫血 | <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 自闭症 | <input type="checkbox"/> 细菌性痢疾 |
| <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 霍乱 | <input type="checkbox"/> 阵发性痉挛 | <input type="checkbox"/> 结膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 登革热 | <input type="checkbox"/> 白喉 | <input type="checkbox"/> 癫痫 | <input type="checkbox"/> 高热抽搐 |
| <input type="checkbox"/> G6PD 缺乏症 | <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> 心脏病 | <input type="checkbox"/> 肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 血友病 | <input type="checkbox"/> 高血压 | <input type="checkbox"/> 流行性感胃 | <input type="checkbox"/> 麻疹 |
| <input type="checkbox"/> 脑膜炎 | <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 | <input type="checkbox"/> 小儿麻痹症 | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 风疹 (又称德国麻疹) | <input type="checkbox"/> 非典型肺炎 | <input type="checkbox"/> 猩红热 |
| <input type="checkbox"/> 梦游 | <input type="checkbox"/> 结核病 | <input type="checkbox"/> 伤寒症 | <input type="checkbox"/> 毒性肠胃炎 |
| <input type="checkbox"/> 甲型肝炎 | <input type="checkbox"/> 其他 (请阐述): _____ | | |

您从哪里了解到我们？

同意和接受

我保证以上资料的真实性。

* 申请人

*关系