

# 博愛醫院陳國威小學

## 申請表

學生紀錄卡編號 (STRN) : \_\_\_\_\_

申請年級 : ( \_\_\_\_\_ ) 年級

學生中文姓名：		性別：男／女	宗教：
學生英文姓名(須與出生證明書相符)：			身份證號碼：
出生地點：	出生日期：	年      月      日	電話：
住址：			
父親姓名：	電話：	電郵：	
工作機構名稱：		職位：	
母親姓名：	電話：	電郵：	
工作機構名稱：		職位：	
兄弟姊妹姓名	工作機構或就讀學校		
1)			
2)			
3)			
4)			

\* 如弟妹仍未入學者，亦請填寫有關資料

如監護人不是父或母，請填寫下表：

監護人姓名：		性別：男／女	年齡：
與學生關係：	住址：		
工作機構名稱：		職業：	
電郵：	電話：		

原就讀學校名稱：\_\_\_\_\_ 年級：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_

\* 遞交申請表時，請交以下文件：

1. 申請者之出生證明書副本或有效之居留證件副本
2. 最近成績表副本