|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **东莞市“与星同行计划”家庭招募报名表** | | | | | | | | | | | | | |
| **儿童姓名** |  | | | **性别** |  | **出生年月** |  | **民族** | | |  | （照片） | |
| **身份证号码** |  | | | | | **身高（cm）** |  | **体重（kg）** | | |  |
| **户籍所在地** |  | | | | | **现居住地** |  | | | | |
| **家庭详细地址** | |  | | | | | | | | | |
| **既往病史** | | □1.无 □2.先天性心脏病 □3.癫痫 □4.高热惊厥 □5.哮喘 □6.过敏史（ ） □7.其他 ： | | | | | | | | | | | |
| **家庭主要成员** | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** | **关系** | | **监护人** | **年龄** | **学历** | **工作单位及职务** | | | | **联系电话** | | | **是否参与**  **培训计划** |
|  |  | | □是  □否 |  |  |  | | | |  | | | □是□否 |
|  |  | | □是  □否 |  |  |  | | | |  | | | □是□否 |
|  |  | | □是  □否 |  |  |  | | | |  | | | □是□否 |
|  |  | | □是  □否 |  |  |  | | | |  | | | □是□否 |
| **选择培训时间 （请在方框内打√）** | | | □第一期（5-7月份），招募24个家庭。 | | | | | | **是否计划坚持 三个月的培训** | | | | □是□否 |
| □第二期（7-9月份），招募48个家庭。 | | | | | | **若当期人数已满，您是否接受调剂安排** | | | | □是□否 |
| □第三期（9-11月份），招募72个家庭。 | | | | | |
| **儿童是否接受过 机构的教育康复** | | | **□是** | □公立 □私立 | | 儿童受训 机构名称 |  | | | | | | **□否** |
| **东莞市镇（街道）残联审核意见** | | | | **东莞市康复医院审核意见** | | | | | **东莞市特幼中心审核意见** | | | | |
| （单位公章） | | | | （单位公章） | | | | | （单位公章） | | | | |
| 单位负责人（签章） | | | | 单位负责人（签章） | | | | | 单位负责人（签章） | | | | |
| 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 备注：1、请将儿童户口、《诊断证明书》原件上传或复印在该此表格背面；2、此表一式三份。 | | | | | | | | | | | | | |
| 户口上传或粘贴处  《诊断证明书》上传或粘贴处 | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

填表人： 填表时间： 年 月 日