|  |
| --- |
| **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