**协康会「星亮教室」 – 孤独症儿童及早干预扶轮社公益培训项目**

**报名表格一**

(适用于报读1604课程)

**1. 参加者资料**

姓名： 先生/女士\*

手机： 电邮/QQ/微信：

住址：

任职单位： 职称：

教育程度/专业资格：

从何获知本课程：

曾否参加相关课程： □没有 □有 (主办单位： \_\_)

曾否接触协康会教材： □没有 □有 (详情：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

曾否参加协康会课程： □没有 □有 (详情：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

曾否参加星亮教室其他课程： □没有 □有 (课程编号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**2. 儿童资料**

(以下适用于家长填写)

儿童姓名： 年龄：□ 4-6岁 (幼儿园阶段) □ 6-8岁(初小阶段) □ 8-10岁 (高小阶段)

就读学校： 年级：

有否多动/专注力问题？ □没有 □有 有否确诊「多动症/专注力障碍」？ □没有 □有

确诊日期： 年 月 评估单位： \_\_ \_\_

如有其他发展障碍，请说明：

(以下适用于老师/社工填写)

服务机构类别：□ 幼儿园 □ 小学 □ 其他，请说明 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日常工作有否接触特殊需要学童： □ 没有 □有 (类别： )

服务特殊需要学童经验： □ 没有 □有 (服务年资： 年)

日常工作有否接触有多动/专注力问题的学童： □ 没有 □有

**声明及承诺**（欲参加本课程者，请务必全部勾选，以示同意）

□ 本人声明上述提供的资料全部属实，如发现有虚假，申请将被取消。

□ 本人明白此乃公益课程，学费及教材一概免费，如获选参加，名额不可转让，必须准时出席，并带备身分证明以供核对，方可进场。

* 本人承诺尊重协康会拥有教材和课程的知识产权，不作复印、照相、录像、录音等侵权行为。

□ 本人同意主办及协办单位使用以上提供的联络资料，跟进学习情况及通知续后培训及相关活动。

申请人签署： 　　签署日期：