

# 協康會兒童健樂會

## 會員證申請表格

所屬中心：\_\_\_\_\_ (由會方填寫) 會員編號：\_\_\_\_\_ (由會方填寫)

兒童姓名(中文)：\_\_\_\_\_ (英文)：\_\_\_\_\_

性別：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 出生證明書號碼：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

接收通訊方式：  
郵寄  
傳真 傳真號碼：\_\_\_\_\_  
電郵 電子郵件：\_\_\_\_\_

兒童現況：未入學  
在學 (就讀學校及年級：\_\_\_\_\_)  
其他 \_\_\_\_\_

兒童之特別需要類別：(請以代表最接近的需要)

1.  沒有特別需要    2.  智障    3.  肢體傷殘    4.  自閉症  
5.  聽覺受損    6.  視覺受損    7.  語言障礙    8.  發展遲緩  
9.  其他：\_\_\_\_\_

興趣及喜好：\_\_\_\_\_ 專長或特別技能\_\_\_\_\_

對本會之期望或意見\_\_\_\_\_

家庭總人數：\_\_\_\_\_

家庭總收入 (此項資料供統計用途，請家長儘量協助填寫。):

1.  <\$4,500    2.  \$4,500-\$ 9,999    3.  \$10,000-\$11,999  
4.  \$12,000-\$14,999    5.  \$15,000-\$19,999    6.  \$20,000-\$24,999  
7.  >\$25,000

如有緊急事故可聯絡之人士：

姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

聯絡電話：(家) \_\_\_\_\_ (傳呼 / 手提號碼) \_\_\_\_\_

家長 / 監護人簽署：\_\_\_\_\_ 電 話：\_\_\_\_\_

家長 / 監護人姓名：\_\_\_\_\_ 日 期：\_\_\_\_\_

職員專用：

PD     CD     LIF     CS