

相片(必須貼上)

## 報名表格

填妥報名表後傳真至：「2899-2262」 或 郵寄至「香港皇后大道東 43-59 號東美中心 21 樓 1 及 2 號室」

查詢請電：2899-2993

「3755-4986」 或 郵寄至「九龍油麻地彌敦道 430 號彌敦商務大廈 1 樓 A, B 及 D 室」

查詢請電：3755-4987

### 學童資料

兒童中文姓名：	兒童英文姓名：	性別：男 / 女	所操語言：
出生日期： ____年____月____日	年齡：	出世紙/身份証號碼：	
住址：		就讀學校：	
監護人姓名：	與兒童關係：	聯絡電話：	
電郵：_____			
本人願意接受日後以電郵收取本中心最新資訊 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意			

### 家庭資料

父親姓名：	年齡：	職業：	聯絡電話：
母親姓名：	年齡：	職業：	聯絡電話：
其他家庭成員：	年齡：	職業：	
其他家庭成員：	年齡：	職業：	

### 從何得知本中心服務:

<input type="checkbox"/> 上網	<input type="checkbox"/> 傳單	<input type="checkbox"/> 親友，姓名：
<input type="checkbox"/> 醫生轉介	<input type="checkbox"/> 學校轉介	<input type="checkbox"/> 其他

## 兒童健康狀況：

1. 該兒童為第 \_\_\_\_\_ 胎，懷孕期 有/沒有\* 不正常情況

如有，請簡述：\_\_\_\_\_

2. 足月 / \_\_\_\_\_ 週出生\*，順產 / 開刀 / 產鉗分娩 / \_\_\_\_\_\*，

出生時重量：\_\_\_\_\_ 克 / \_\_\_\_\_ 磅 \_\_\_\_\_ 安士\*

初生兒黃疸     光線療法(照燈)     氧氣箱

其他，請簡述：\_\_\_\_\_

3. 長期/慢性疾病

沒有     腦麻痺     肌肉萎縮     癲癇症     心臟病     哮喘     G6PD

其他，請簡述：\_\_\_\_\_

4. 請簡述兒童的興趣 / 長處：\_\_\_\_\_

5. 其他資料：\_\_\_\_\_

### 收集個人資料聲明

本中心會將本申請表收集的個人資料，使用於評估你現在申請的服務是否合適。當你接受中心的服務後，有關你的個人資料只會用作本中心所提供的服務用途。

申請者如提供資料欠正確或有遺漏，將會影響服務提供的內容。本中心會將有關你的個人資料在你退出服務起計保留三年後銷毀。在你接受本中心服務期間，你的個人資料只會由本中心的相關職員傳閱，如需要轉往本中心轄下的其他中心繼續接受服務，本中心才會將你的資料轉交有關中心作考慮。

根據《個人資料(私隱)條例》，你有權要求查閱及改正申請表上所填報的個人資料。如你欲行使這項權利，請填妥香港個人資料私隱專員公署的《查閱資料要求表格》連同\$150之申請費用，交回本中心辦理。中心在處理查閱或改正資料要求時，會查核提出要求者的身份，以確保他 / 她在法律上有權作出這項要求。中心可就查閱資料要求而收取其他費用。

填表人姓名：\_\_\_\_\_ 與兒童關係：\_\_\_\_\_

填表人簽名：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日