

大理大学附属幼儿园新生入学报名登记表

（大理大学、第一附属医院教职医护人员）

幼儿姓名：		性别：	血型：	民族：	籍贯：	出生年月	年	月	日
家庭成员	关系	姓名	民族	学历	职称	任职部门		联系电话	
	父亲								
	母亲								
父亲身份证号			母亲身份证号						
主要接送人	关系	姓名	退休否		联络电话	工作单位			
家庭地址：（请准确填写实际居住地址）							户口所在地：		
该幼儿户籍属于以下何种情况，请在选项中打“√” 本市_____ 外市_____ 外省市_____ 外籍_____									
直系第一代或第二代				保健要点					
				是否有过入厕训练： 是 否			午睡时是否使用尿布： 是 否		
				是否自己吃饭： 是 否			是否挑食： 喜食_____ 厌食_____		
				是否会穿脱衣服： 会 否			午睡是否有特殊习惯： 无 有：		
			是否按时接种疫苗： 是 否						
备 注									
请家长仔细阅读本备注事宜，本着对孩子和园所负责的态度，请如实填写，如因填写情况不明或隐瞒病史造成儿童病情延误或救治措施不力而造成不良后果的，责任由家长自负。									
一、如果您的孩子在园内身体不适或遭突发事件，您希望（请选择：√） 1. 委托幼儿园带孩子就医或采取应急措施。（ ） 2. 委托幼儿园边采取措施边告知家长。（ ） 3. 先告知家长，由家长决定怎么办。（ ） 4. 紧急联络人姓名及电话：									
二、您的孩子是否有遗传病史或患过何种疾病？（请选择：是或否） （请写明疾病名称）_____									
三、对哪些食物过敏？（请注明：有或无）_____请详细备注_____									
四、对哪些药物过敏？（请注明：有或无）_____请详细备注_____									
监护人承诺以上事项情况属实，均已知晓，认可，并如实向幼儿园反映孩子的身体健康及特殊状况，如有隐瞒一切后果自负。									
承诺人：					（家长签名： ）				
报名日期			报名老师		分配班级		其他需说明情况		备注