**佛光中華學校**



89 Somerville Rd

Yarraville Vic 3013 Australia

PH: +61 (3) 93145147

FAX: +61 (3) 93142006

Email: fgsibcv@gmail.com

**Fo Guang Chinese School**

**学生报名表 STUDENT ENROLMENT FORM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 中文名字：  English Name: | | 中文姓：  English Family Name: | |
| 中文姓名：  Chinese Full Name: | | 性别：  Gender | 男 女  Male Female |
| 出生日期：  Date of Birth | 日 月 年  D M Y |
| 家庭住址：  Address: | | 出生地点：  Place of Birth |  |
| 国籍：  Nationality |  |
| 电话 Tel | (H)  (W)  (M) | 白天学校名字/地址： | |
| 传真Fax |  | 现在班级： | |
| 电子邮件Email |  | 家庭医生姓名/地址/联络电话：  Name/Address/Contact No of Family Doctor: | |
| 母亲姓名：  Name of Mother: | | 出生日期：  Date of Birth | 日 月 年  D M Y |
| 现职：  Occupation: | | 国籍：  Nationality |  |
| 宗教信仰：  Religion: | | 联系电话：  Contact No |  |
| 父亲姓名：  Name of Father: | | 出生日期：  Date of Birth | 日 月 年  D M Y |
| 现职：  Occupation: | | 国籍：  Nationality |  |
| 宗教信仰：  Religion: | | 联系电话：  Contact No |  |
| 紧急联系人/电话：  Emergency Contact Person/Number: | | | |
| 您愿意受到哪种语言的家长通告信函（请打勾）： 中文Chinese 英文English  Newsletters to be received in (please tick): | | | |

Office Use Only

Handled by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medical Conditions:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_