

学生录取表

(由学生的家长或监护人填写 – 请阅读并完成所有内容)

1. 学生信息

a) 学生的名: _____ b) 姓: _____

c) 生日: ____/____/____ d) 性别: M/F e) 抵达澳大利亚的日期 (相关的话): _____

f) 在家说的语言: _____

g) 出生所在的国家: _____ h) 文化背景: _____

i) 学校的名称: _____

j) 学生的年级: _____ k) 参加家庭作业补习班的理由: _____

l) 主要老师的姓名 (联络电子邮件, 如果知道的话): _____

m) 学生哪些课需要帮忙? _____

n) 学生有何疾病/健康问题? 是/否 (请画圈)

是的话, 请继续说明。(哮喘病患请提供一份哮喘病控制计划。) _____

o) 学生需要定期服药吗? 是/否 (请画圈)

是的话, 请提供细节: _____

p) 学生有何特殊要求我们需要了解的吗? 是/否 (请画圈)

是的话, 请继续说明: _____

q) 来澳大利亚之前学生上了几年学? (相关的话) _____

2. 介绍信息

您是如何了解到家庭作业补习班的? _____

3. 家长或监护人信息

a) 家长/监护人的名: _____ 姓: _____

b) 家庭住址: _____

_____ 邮政编码: _____

c) 电话: 家: _____ 工作: _____ 手机: _____

d) 使用的语言: _____ e) 需要翻译: 是 否

4. 通常造访的健康医疗机构

a) 医生姓名/医疗机构名称: _____ b) 电话: _____

c) 学生的国民保健卡 (Medicare) 卡号 (选项) : _____

g) 任何其它细节 (专科医生等) :

5. 紧急联系人

a) 姓名: _____ b) 和学生的关系: _____

c) 电话: 家: _____ 工作: _____ 手机: _____

d) 使用的语言: _____ e) 需要翻译: 是 否

f) 姓名: _____ g) 和学生的关系: _____

h) 电话: 家: _____ 工作: _____ 手机: _____

i) 使用的语言: _____ j) 需要翻译: 是 否

6. 许可协议

* 我同意上述学生参加 _____ 并安排他/她上下课的接送。

* 我授权在紧急情况下为上述学生提供医护治疗。如果无法找到我，我同意主管工作人员尽力和上述紧急联系人联系。如果找不到他们，我授权主管工作人员带上述学生去看医生或去医院，接受必要的医护帮助。医生可给予必要的药物或手术治疗。

* 我授权 _____ 就上述学生的问题联系学校及老师，以便我们共同提高他们的教育成果。

* 我授权补习班评估老师可以和上述学生、他们的辅导员和他们的老师讨论他们的经历和学习成果。我明白这些信息都是保密的，只能在必要时和相关工作人员分享。

* 我授权 _____ 和多元文化青年中心将课堂上拍的照片用于宣传材料、媒体报道和其它刊物中。 **是/否（请画圈）**

隐私声明: 收集本表中的个人信息是为了学生申请参加 _____ 并能够在紧急情况下联系家长/监护人/学校或提供给医生或急救人员。任何评估报告都不会透露学生的身份。这份资料可能会提供给 _____ 的合作机构和赞助机构。

我已阅读并同意本文件所列的条件：

家长或监护人的姓名： _____

家长或监护人的签字： _____

日期： _____

我已阅读并同意以上条件：

学生姓名： _____

学生签字： _____

日期： _____