

可及性:

要以大字体形式申请此文件,请发送电子邮件至 aoda@wcdsb.ca 或致电(519) 578-3660.

机密- 请用印刷体写

学生信息

合法姓名:	姓氏	名字	中间名
喜欢被称呼的名字:			
性别: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	出生日期:		
	年	月	日
最后上的学校:	最高年级:	最后上学的日期:	
最后的学校所属的教育局:			
学生在这所学校的兄弟姐妹:			

仅学校使用	合法姓名与出生日期	<input type="checkbox"/> 出生证明	<input type="checkbox"/> 出生注册证明	<input type="checkbox"/> 护照	<input type="checkbox"/> 永久居民卡 (枫叶卡)
	经核实:	<input type="checkbox"/> 加拿大公民身份证	<input type="checkbox"/> 登陆记录(临时文件)		

学生是天主教徒吗? 是 否 目前的教区: _____

如果是, 洗礼日期: _____ 洗礼的教区: _____

年 月 日

请阅读以下声明, 假如同意, 请在旁边的方框中打勾:

我同意向当地的天主教教区发布有限的个人信息, 以协助准备参加圣礼.

学生需要肾上腺素笔 EPIPEN 吗? 需要 不需要

肾上腺素笔 EPIPEN 置放在: 学生携带着 学校教务处

• 直接向滑铁卢地区公共卫生局提交免疫记录证明

学生是否有任何严重或可能危及生命的情况? 是 否

医疗警戒, 疾病或残疾 相关说明或备注(例子, 症状, 严重性, 致病原因)

学生出生在加拿大吗? 是 否

如果是, 加拿大哪个省? _____

如果否, 请指明出生国家: _____

--

到达加拿大的日期:

到达省的日期:

年	月	日

在加拿大的身份: 加拿大公民

难民

永久居民

学生签证

其他签证

如果是签证, 签证到期日:

年	月	日

进入加拿大为难民:

最后居住国: _____

公民身份的国家: _____

学生的母语: _____

家庭口语

在家里的主要语言

其他语言: _____

家庭口语

在家里的主要语言

自我认同的自愿原住民学生:

学生是 ... 第一民族(有身份, 无身份) 梅蒂斯人 因纽特人 (勾一个方框)

仅学校使用	加拿大身份 经核实:	<input type="checkbox"/> 出生证明	<input type="checkbox"/> 国外出生的出生注册证明	<input type="checkbox"/> 永久居民卡
		<input type="checkbox"/> 加拿大公民身份证	<input type="checkbox"/> 难民-考虑中	<input type="checkbox"/> 护照
		<input type="checkbox"/> 登陆记录(临时文件)	<input type="checkbox"/> 其他 _____	

学生家庭住址: _____
号码与街名 公寓/居住单元 城市 邮政编号

家庭电话号码: _____
 未列入电话簿? 是 否

学生是否需要乘坐公共汽车?: 是 否

接学生的地址: (如果不同于家庭地址) _____

送学生的地址: (如果不同于家庭地址) _____

联系方式: 必须列出一名父母或监护人, 以便在紧急情况下与您联系. 其他联系人可以任选. 请指定该以什么顺序联系.

家长/监护人:	姓氏	名字	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

选一个方框: 联系 第一 第二 第三 与学生的关系: _____ 天主教徒? 是 否
 电话: 家庭号码 _____ 工作号码 _____ 分机 _____ 手机 _____

地址(如果与学生不同): _____
号码与街名 公寓/居住单元 城市 邮政编号

电子邮件地址: _____

请在以下所有适用的方框打勾:

监护人 监护权 有权取存取记录 接收邮件 与学生同住 讲学校的语言

家长/监护人/其他:	姓氏	名字	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

选一个方框: 联系 第一 第二 第三 与学生的关系: _____ 天主教徒? 是 否
 电话: 家庭号码 _____ 工作号码 _____ 分机 _____ 手机 _____

地址(如果与学生不同): _____
号码与街名 公寓/居住单元 城市 邮政编号

电子邮件地址: _____

请在以下所有适用的方框打勾:

监护人 监护权 有权取存取记录 接收邮件 与学生同住 讲学校的语言

其他紧急联系人:	姓氏	名字	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

选一个方框: 联系 第一 第二 第三 与学生的关系: _____
 电话: 家庭号码 _____ 工作号码 _____ 分机 _____ 手机 _____

请在以下所有适用的方框打勾:

监护人 监护权 有权取存取记录 接收邮件 与学生同住 讲学校的语言

父母同意: 如果发生紧急情况和/或作为安全抵达计划的一部分, 我允许学校联系此表格上提供的姓名和电话号码。我验证此表格上的信息是真实无误。我理解, 我有责任尽快通知学校上述信息的任何变更。

家长/监护人签名: _____ 日期: _____

免责声明

根据“教育法”第 265 和 266 条，此表格上会收集各人信息。信息将用于交流，通信，教育规划和建立安大略学生记录（OSR）。请注意，所提供的任何电子邮件地址均可用于发送可能属于商业性质的通信。有关学生信息的收集，使用和披露的任何问题应直接向校长提出。

完成者： 家长/监护人
描述使用法： 复制：教务处(保留：当前+1 年)