

香港聾人福利促進會

約翰賽斯中心家長函授課程

此欄只供本中心填寫:

嬰兒組(0-2歲)

幼童組(2-6歲)

JTCCC No.: _____

會員入會申請表

(一) 申請人(家長)資料

1. 一般資料:

姓名:(中文) _____ 先生/女士/小姐 (英文) _____ *Mr./Mrs./Miss

婚姻狀況: 已婚 未婚 失配 離婚 其他(請註明): _____

職業: _____ 最高教育程度: _____ 有否領取綜援: 有 沒有

聯絡地址: _____ 住所電話: _____

辦公室電話: _____ 配偶聯絡電話: _____ 緊急聯絡電話: _____

傳真號碼: _____ 電郵地址: _____

2. 同住家庭成員資料:

姓名	*聽覺狀況	與聽障兒童的關係	職業	最高教育程度	#出生日期
1. (申請人)	聽障/健聽				
2. (聽障兒童)	聽障	/			
3. (配偶)	聽障/健聽				
4.	聽障/健聽				
5.	聽障/健聽				
6.	聽障/健聽				

#十八歲或以上的人士，可自由填寫。

(二) 聽障兒童資料

1. 一般資料:

姓名:(中文) _____ (英文) _____ 性別: _____

出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 出生地點: _____ 本會會員編號: _____

現就讀學校: _____ (就讀年級: _____)

2. 聽障程度: 輕度 中度 中度嚴重 嚴重 深度

(續背頁)

3. 配戴：(在適當的括弧內加上“√”號)

助聽器 * (左耳 / 右耳 / 雙耳) 骨傳導式助聽器 (BAHA) 人工耳蝸

聽覺腦幹植入 其他：_____

4. 正接受的服務：(請在適當的括弧內加上“√”號)

香港聾人福利促進會屬下之特殊幼兒中心 * (尚德幼兒中心 / 白普理特殊幼兒中心)

特殊幼兒中心/學校 (請註明中心名稱)：_____

早期教育及訓練中心 *本會/其他 (請註明中心名稱)：_____

幼稚園暨幼兒中心兼收計劃

到校學前康復服務 *本會/其他 (請註明中心名稱)：_____

主流幼稚園/學校

教統局特殊教育組之服務 * (下葵涌 / 九龍塘)

其他 (請註明)：_____

未有接受上述任何服務

5. 有否其他弱能： 有，請列明：_____ 否

6. 有否聽障的親屬： 有，請註明：_____ 否

7. 您是從甚麼媒介得知本課程服務？

學校/機構介紹 *本會其他單位 / 教統局 / 衛生署/其他 (請註明)：_____

朋友介紹 朋友姓名：_____

瀏覽互聯網

其他 (請註明)：_____

(三) 其他

1. 是否願意成為本會家長資源中心會員？ 願意 (會把閣下聯絡資料給與相關職員跟進) 不願意

* 請刪去不適用者

申請人簽署：_____ 填表日期：_____年__月__日

《有關保障個人資料(私隱)之條例已生效，以上資料只作本會記錄及通訊之用，未經閣下同意，不會作其他用途。日後上述資料有任何變更，請聯絡本中心職員。》

本中心地址：新界將軍澳尚德邨尚美樓地下 B 室 電話：2178 0838 傳真：2178 0660

電郵地址：parents @ deaf.org.hk