

九龍靈光小學報名表

校址: 土瓜灣盛德街 36-38 號 電話: 2711 1232 / 2713 3870 傳真: 2714 1224

報讀年級: _____ 年級

姓名: _____ (中文)

_____ (英文)

相
片

性別: 男 女 籍貫 _____

出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (實足 _____ 歲又 _____ 個月)

出生地點: _____ 出世紙號碼: _____ 通行証: _____

學歷: 本港曾在 _____ 學校就讀 上/下/全日 _____ 年級
學生編號 _____

其他地方 _____

父親姓名: _____ 職業 _____ 電話 _____

母親姓名: _____ 職業 _____ 電話 _____

監護人姓名: _____ 職業 _____ 電話 _____

在本校就讀之親友姓名及班別: _____ 宗教: _____

住址: _____

住址電話: _____ 其他可聯絡之電話: _____

家庭人數: 父 _____ 母 _____ 兄 _____ 弟 _____ 姊 _____ 妹 _____ 其他 _____ 共 _____ 人

轉校原因: _____

備註: _____

此欄由學校填寫

成績	中 文		英 文		數 學		取錄	不取錄	接見

日期: _____