



佛光中华学校
Fo Guang Chinese School
学生报名表

89 Somerville Rd
Yarraville Vic 3013 Australia
PH: +61 (3) 93145147
FAX: +61 (3) 93142006
Email: fosihcv@gmail.com

STUDENT ENROLMENT FORM

英文名字: English Name:		英文姓: English Family Name:	
中文姓名: Chinese Full Name:		性别: Gender	<input type="checkbox"/> 男 male <input type="checkbox"/> 女 Female
		出生日期: Date of Birth	日 月 年 D M Y
家庭住址: Address: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		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:		出生地点: Place of Birth	
		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:		出生地点: Place of Birth	
		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): Newsletters to be received in (please tick):			
		<input type="checkbox"/> Chinese	英文 <input type="checkbox"/> ish

Office Use Only

Handled by: _____ Date: _____ Medical Conditions: _____