附件1：

**2023年苏州幼儿师范高等专科学校附属花朵幼儿园苏州市盲聋学校**

**新生报名表**

**（听障学前融合）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 |  | | | 电子照片 |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 | |  | | 残疾类别 |  | | |
| 残疾证号码 | |  | | | | | | 残疾等级 |  | | |
| 户口所在地 | |  | | | | | | | | | |
| 家庭  现居住地 | |  | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 称 谓 | | 姓 名 | | 工 作 单 位 | | | | | | 联系电话（手机） | |
|  | |  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | |  | |
| 听力调查 | 致聋时间 | |  | | | | 致聋原因 | | |  | | |
| 听力损失  程度 | |  | | | | 人工耳蜗 | | |  | | |
| 听力辅助  器材 | |  | | | | | | | | | |
| 医疗康复  效果 | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入学前是否有学前经历 |  | 语言  康复 | | |  | | 曾就读幼儿园 | |  |
| 入学前  由谁带领 | |  | | | | | 是否独  生子女 | |  |
| 新生  在家  情况 | 睡眠情况 | |  | | | 入学  评估  情况 | | 辨色 |  |
| 饮食习惯 | |  | | | 辨形 |  |
| 兴趣爱好 | |  | | | 计数 |  |
| 智力反映 | |  | | | 书写 |  |
| 个性特征 | |  | | | 发音 |  |
| 自我服务能力 | |  | | | 模拟  操作 |  |
| 对玩具态度 | |  | | | 运动 |  |
| 听话习惯 | |  | | | 语言  表达 |  |
| 健康  状况 | 本人曾  患病史 | | |  | | | | | |
| 家庭成员  曾患病史 | | |  | | | | | |
| 如何应急处理 | | | |  | | | | | |
| 家长签字 | | | |  | | | | | |
| 家庭教育背景  （包括语言交流） | | | |  | | | | | |
| 招生小组综合意见 | | | | 领导签字： 日期： | | | | | |