

户口簿—孩子所在户口簿的户主页

户 别		户主姓名	
户 号		住 址	




承办人签字
年 月 日 签发

户口簿—孩子本人页

常住人口登记卡

姓 名		户 主 或 与 户 主 关 系	
曾 用 名		性 别	
出 生 地		民 族	
籍 贯		出 生 日 期	
本市(县)其他住址		宗 教 信 仰	
公 民 身 份 证 件 编 号		身 高	血 型
文 化 程 度	婚 姻 状 况	兵 役 状 况	
服 务 处 所		职 业	
何 时 由 何 地 迁 来 本 市 (县)			
何 时 由 何 地 迁 来 本 市 (县)			

承办人签字
登记日期

户口簿—父亲本人页

常住人口登记卡

姓名		户主或关系	户主	
曾用名		性别		
出生地		民族		
籍贯		出生日期		
本市(县)其他住址			宗教信仰	
公民身份编号		身高		血型
文化程度		婚姻状况		兵役状况
服务处所			职业	
何时由何地迁来本市(县)				
何时由何地				

承办人签章: _____ 登记日期: _____

户口簿—母亲本人页

常住人口登记卡

姓名		户主或关系	户主	户主
曾用名		性别		男
出生地		民族		汉
籍贯		出生日期		
本市(县)其他住址			宗教信仰	
公民身份编号		身高		血型
文化程度		婚姻状况		兵役状况
服务处所			职业	
何时由何地迁来本市(县)				
何时由何地				

承办人签章: _____ 登记日期: _____



儿童入托、入学预防接种证查验报告

儿童及家长信息	儿童姓名: [REDACTED]	性别: 男	出生日期: 2 [REDACTED]
	家长姓名: [REDACTED]	联系电话: 1 [REDACTED]	
	住址: -	接种证号: 有 [REDACTED]	
审核结论	经审核预防接种记录, 该儿童已经按照免疫程序完成当前阶段的儿童免疫规划疫苗接种, 后续仍需接种以下疫苗。(因禁忌症、超过免疫年龄等原因除外)。		
	疫苗名称	应种日期	备注
	流脑A+C(1)	2020-02-25	
	白破(1)	2023-02-25	
	流脑A+C(2)	2023-02-25	

接种单位: 桃源社康

查验日期: 2019年5月15日9时2分19秒

说明:

1. 此证明从网络打印时, 无需接种管理单位盖章。
2. 如与接种记录不符, 请持本通知单和接种证到就近接种门诊咨询接种医生。
3. 校医可在查验证系统中录入右上角条码验证此证明有效性。
4. 扩免后出生的≤14岁适龄儿童, 应至少接种2剂含麻疹成分疫苗、1剂含风疹成分疫苗和1剂含腮腺炎成分疫苗。对未完成上述接种剂次者, 需补种含麻类疫苗。具体疫苗由接种医生确定。

新生报名登记表

幼儿姓名		性别		出生日期	
民族		籍贯		联系电话	
家庭住址					
户口所在地				第 () 胎	
身份证号					
监护人信息	姓名	学历	工作单位	联系电话	
父亲					
母亲					
其他			与幼儿关系:		
幼儿喜好 特长					
儿童生长发育情况	1.无 () 2.曾关节脱臼 () 3.先天性心脏病 () 4.癫痫 () 5.药物过敏 () 6.食物过敏 () 7.其它 ()				
既往教育/ 康复史	(何年何月至何年何月处接受何种学龄前教育或康复教育)				

残疾人证

为 肢体 残疾人，残疾人证号：



持证人像

深圳市 [] 院

疾病诊断证明书

科别: {耳鼻咽喉科门诊}

门(急)诊病历号或住院号: []

姓名: []

性别: {男}

年龄: [] 岁

电话: { [] }

诊断:

双耳极重度听力下降, 双耳中耳发育畸形。

治疗意见:

1、佩戴助听器(气导, 必要时骨导助听器), 2、定期 []

医师 []

[] 19



盖章

(医院盖章生效)

临床医师联: 交患者