

附件 3

张家港市特殊教育学校新生报名登记表

填表日期： 年 月 日

姓名		性别		出生年月			
家庭地址				联系电话			
残疾类型	智障		自闭症	其他			
致残原因	遗传		新生儿窒息或产伤	疾病与药物		其它	
有何重大疾病	癫痫		精神病	心脏病		其它	
家庭成员	关系	姓名		年龄	工作单位		
其他情况							