附件5：

学生特异体质和特定疾病情况报告表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  |
| 所在班级 |  | 班主任姓名 |  | | | |
| 监护人  姓名 | 父亲姓名 |  | 电话 | |  | |
| 母亲姓名 |  | 电话 | |  | |
| 其它监护人姓名 |  | 电话 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 特异体质、  特殊疾病  情况 |  | | | | | |
| 有何特  别要求 |  | | | | | |
| 学生签名  (幼儿可  不签名) | .年 月 日 | | 监护人  签名： | 年 月 日 | | |
| 备注 |  | | | | | |