

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							