



臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校

114 學年度小學部一年級新生入學通知

親愛的新生家長，您好！

感謝您在謹慎考量之後，決定帶著孩子一同參與均一華德福社群，與我們一起攜手實踐華德福教育，營造健康成長的教育場域。在入學的過程中，謝謝您用心書寫報名資料表中的諸多項目，並在親師溝通過程中分享孩子的生命經驗、家庭生活與教育理念……等想法，透過雙方的對話與孩子工作的相遇，能讓親師彼此更進一步理解並準備就緒，迎接即將參與均一的家庭與孩子。

相信在親師溝通的過程中，面談老師已說明生活作息的重要；早睡早起、少看電視、不用電腦手機、適當衣著、健康飲食…等觀念，我們期待共同為孩子營造健康、自然的成長環境，讓更多關愛孩子的力量，投注於孩子身上，伴隨孩子在均一健康、有力量地成長。

請家長們於 113 年 5 月 2 日(五)前親送或郵寄(郵戳為憑)下列表件至本校，進行通訊報到，並完成繳納 5,000 元學籍保留費，以完成孩子的入學手續，逾期則視同放棄入學資格，再次歡迎您加入均一華德福這個大家庭。

1. 114 學年度一年級新生報到確認書(如附件一)，需有學生及監護人親筆簽名。
2. 學生基本資料(雙面，正面須貼照片)(附件二)。
3. 個人資料使用暨影像授權同意書。(附件三)
4. 團體旅遊平安保險調查表。(附件四)
5. 本土語言選修調查表。(附件五)
6. 學生健康紀錄卡(單面)。(附件六)
7. 兒童健康記錄卡(黃卡)影本。
8. 全戶之戶口名簿影本。
9. 家長帳戶影本(入學後如需退費時使用)
10. 2 吋證件照片 2 張及電子檔(電子檔請寄 registration@junyi.tw，製作學生證用)。
11. 若具備以下身分請一併提供相關證明：如清寒/中/低收入戶證明、特殊境遇子女證明、軍公教遺族、外籍人士護照、居留證、重大疾病卡或身心障礙手冊影本等，無則免附。

臺東縣均一國際教育實驗高中 國小部 敬上 114 年 4 月 24 日

註 1：學籍保留費可持單據至國泰世華銀行各分行臨櫃或是以實體 ATM、網路銀行轉帳、超商繳款等方式繳納)。

註 2：入學註冊單約在七月份以紙本寄發，學籍保留費將列入註冊單中扣抵，但若繳費後放棄入學則恕不予退還，學校將本筆費用以家長名義轉捐至「偏鄉教育種子培育計畫」中，幫助支持偏鄉教育。

臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校 114 學年度一年級新生報到確認書

本人子女(孩子姓名)_____參加臺東縣均一國際教育實驗高中國小部所舉辦之 114 學年度小一新生試讀營暨親師溝通，錄取進入國小部一年級，並經家長慎重考慮後決定：

☐ 願意依臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校相關規定完成報到手續，以取得入學資格，並同意以下事項：

1. 若已向戶籍區內學校報到，應持本校錄取通知書至該校進行入學放棄。
2. 請於 114 年 5 月 2 日(五)前完成報到手續，包含繳交相關表件及學籍保留費 5,000 元，逾期未完成視為放棄錄取資格；如報到後放棄入學，已繳交之學籍保留費將以家長名義轉捐至「偏鄉教育種子培育計畫」以支持偏鄉教育，並將開立捐贈收據。
3. 本校自 108 學年度起正式改制為「學校型態實驗教育學校」，學生報到手續完成後後視為同意參與本校實驗教育課程

☐ 另有其他規劃，放棄就讀臺東縣均一國際教育實驗高中國小部一年級。
(勾選此選項者請於 114 年 5 月 2 日前將本確認書郵寄或傳真至本校，始算完成意願確認。)

家長/監護人簽名：

聯 絡 地 址：

聯 絡 電 話：

填 寫 日 期：114 年 月 日

臺東縣均一國際教育實驗高中 | 洽詢電話：089-223301 分機 203、803
傳真號碼：089-222586 | 地址：950 臺東縣臺東市中興路二段 366 巷 36 號

臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校【國小部】學生基本資料表

1 年 A 班

號

班 學號

入學日期 114 年 8 月 1 日

學生姓名	☐ 男 ☐ 女	出生 年 月 日	年 月 日	學生敬請黏貼 2 吋證件照片	
英文名 (小名)	(無則免填)	英文名 (護照名)	(無則免填)		
身分證 字號		午餐選擇	☐ 葷食 ☐ 素食 過敏原：_____		
血型	A / B / O / AB 型	入學年級	☒ 新生一年級 ☐ 轉學生：就讀 班		
原就讀 幼兒園	☐ 就讀_____幼兒園_____年 ☐ 未曾就讀幼兒園		原就讀學 校(轉學)	縣/市 國小	
戶籍地 (註明鄰里)	郵遞區號 縣 鄉市 路(街) 段 巷 □□□ 市 鎮區 弄 號 樓				
通訊地 ☐ 同戶籍地址	郵遞區號 縣 鄉市 路(街) 段 巷 □□□ 市 鎮區 弄 號 樓				
出生地	縣/市	獨生子女	☐ 是 ☐ 否	親子 年齡差距	父 母
學生 戶籍電話	緊急聯絡人： (與學生關係)手機：				
訊息來源	☐ 親友介紹：_____ ☐ 報章雜誌 ☐ 電視 ☐ 傳單 ☐ 網路 ☐ 手足就讀：_____ ☐ 其他_____				
學生 身分別 (可複選)	☐ 一般身分學生、 ☐ 本校教職員_____子女、 ☐ 原住民(平地/山地_____族)、 ☐ 低/中低收入戶、 ☐ 單親家庭(監護人：父親/母親/其他_____)、 ☐ 軍公教子女、 ☐ 外籍生(國籍：_____籍)、 ☐ 外籍配偶子女(父親/母親為國籍：_____籍)、 ☐ 海外僑生港澳生、 ☐ 功勳子女、 ☐ 本人身心障礙(尚未/已經檢定具_____身分)、 ☐ (父親/母親)具身心障礙：第_____類_____身分、 ☐ 派外人員子女、 ☐ 顏面傷殘、 ☐ 大陸配偶子女(父親/母親為大陸/香港/澳門籍)、 ☐ 大陸來台依親者(親屬_____)、 ☐ 軍/公/教遺族(因公/因病) ※請務必提供相關證明文件影本，以免影響學生申請各項資料權益。				
親屬狀態 (可複選)	☐ 雙親 ☐ 一方長期在外工作：(地區)				
	☐ 單(寄)親： ☐ 離異 ☐ 未婚 ☐ 一方服監 ☐ 寄養：關係() ☐ 父歿 ☐ 母歿 ☐ 雙亡，寄養在(☐ 親友家 ☐ 教養機構 ☐ 其他) ☐ 隔代教養：(☐ 與祖父母同住 ☐ 與外祖父母同住 ☐ 與曾祖父母同住)				
	父或母為外籍配偶(☐ 父 ☐ 母 國籍 身分證號) *外籍與大陸配偶子女，原生國籍(僑居地)				

聯絡人資料						
聯絡人姓名	出生年月日	教育程度	服務單位	職稱	連絡電話	電子郵件
父 ☐ 存 ☐ 歿					(行動) (辦公)	
母 ☐ 存 ☐ 歿					(行動) (辦公)	
監護人 ☐ 同父/母 其他					(行動) (辦公)	
其他緊急聯絡人 (父母以外)	關係	連絡電話		其他緊急聯絡人 (父母以外)	關係	連絡電話
手足姓名	稱謂	出生年	目前就讀學校/年級		連絡電話	
健康基本資料						
藥物過敏	☐ 無 ☐ 有-藥物名稱:_____					
食物過敏	☐ 無 ☐ 有-食物名稱:_____					
長期服用藥物	☐ 無 ☐ 有-藥物名稱:_____					
個人疾病史	☐ 1. 無 ☐ 7. 癲癇 ☐ 13. 心理或精神疾病: _____ ☐ 2. 肺結核 ☐ 8. 紅斑性狼瘡 ☐ 14. 癌症: _____ ☐ 3. 心臟病 ☐ 9. 血友病 ☐ 15. 海洋性貧血: _____ ☐ 4. ____型肝炎 ☐ 10. 蠱豆症 ☐ 16. 重大手術名稱: _____ ☐ 5. 氣喘 ☐ 11. 關節炎 ☐ 17. 過敏物質名稱: _____ ☐ 6. 腎臟病 ☐ 12. 第____型糖尿病 ☐ 18. 其他: _____					
	☐ 領有重大傷病證明卡，類別: _____					
	☐ 領有身心障礙手冊，類別: _____， ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度					
個人特殊健康醫療 註記事項						

臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校 個人資料使用暨影像授權說明書

為使每一位家長隨時了解學校發展重要訊息並能看見均一學生們在「課程教學」、「活動教學」及「生活教學」各面向的學習成長足跡，學校都逐一透過攝、錄影的方式紀錄下來，懇請家長同意學校及公益平台文化基金會透過非營利之網站和刊物，與每一位均一家長及關心台灣教育人士分享寶貴的教學經驗。

本校並基於建立完善之學生學籍資料與促進學生利益之目的，使用您所提供之個人資料，為保障您的權益，請您詳讀。

- 一、對於您所提供之各項個人學籍資料(包括姓名、性別、出生年月日、身分證字號、連絡方式、電話號碼、E-mail或居住地址、照片電子檔)或其他得以直接或間接識別您個人之資料，本校將依「個人資料保護法」第五條之規定，以誠實及信用方法為之，不得逾越特定目的之必要範圍，並應與蒐集之目的具有正當合理之關聯。
- 二、您所提供之個人資料，僅限於臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校(附設國中部、國小部)校內或對學生有利方可使用。
- 三、您可依個人資料保護法，就您的個人資料向本校：(1)請求查詢或閱覽、(2)製給複製本、(3)請求補充或更正、(4)請求停止蒐集、處理及利用或(5)請求刪除。但因本校執行職務或業務所必需者及受其他法律所規範者，本校得拒絕之。
- 四、同意學校依「個人資料保護法」及其他相關法規有效管理電腦處理個人資料，並得儲存個人資料於電磁紀錄物或其他類似媒體，並永久保存及利用。
- 五、若您選擇不提供或提供不完全時，基於學校行政業務之執行，本校將無法提供完善之學籍、輔導、升學等服務。
- 六、本授權說明書如有未盡事宜，依個人資料保護法或其他相關法規之規定辦理。
- 七、當您親自簽署「個人資料使用授權同意書」後，即視為您已詳閱並了解本同意書之相關內容。

------(請填寫後撕下寄回)-----

個人資料使用授權同意書

本人茲授權臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校(附設國中部、國小部)及其家長會、公益平台文化基金會，為促進個人資料之合理利用，並依「個人資料保護法」及其他相關法規有效管理、處理本人及子、女_____之個人資料，同意臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校(附設國中部、國小部)及其家長會、公益平台文化基金會基於特定目的儲存、建檔、轉介、運用、處理本人所提供之各項資料，其資料並得於電磁紀錄物或其他類似媒體永久保存及利用。特立此書。

此致

臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校(附設國中部、國小部)

立書人簽章：

中華民國 年 月 日

臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校

戶外課程活動再加保旅遊平安險調查表

親愛的家長，您好：

感謝您同意及支持孩子參加學校所辦理的各項戶外課程活動，然鑒於金管會(金管保壽字第 1100494824 號函)針對未滿 15 足歲以下孩童承保旅遊平安險所設之新規範，本校另外加保國中部、國小部所有學生旅遊平安險時，除需各學生基本資料外，皆需再提供法定代理人基本資料(含姓名、出生年月日、身份證字號)，以便辦理後續承保作業。

本校將秉持保密原則，以下資料僅供本校承保旅遊平安險所用，請放心填寫。

☐不同意學校再加保各項戶外課程活動旅遊平安險，以下表格毋需填寫。

☐同意由學校再加保各項戶外課程活動旅遊平安險，請填寫以下表格：

學生班級：_____ 學生姓名：_____

法定代理人姓名：_____

法定代理人身分證字號：_____

法定代理人出生年月日：_____

臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校

114 學年度第一學期本土語言選修課程調查表

貴家長您好：

為準備下學年度本土語言課程開設籌備，請您撥冗協助填寫本土語言調查表，語言不只是溝通工具，更是文化資產與傳承的意念，本校深知開設本土語言課程(每週一節)學習效果有限，若家長能在家多使用母語與孩子溝通，才是開展您的孩子母語學習之路。填寫前請與孩子共同討論，學校將依據您填寫之意願盡力協助開課，請於 5/2(五)繳交，謝謝您的合作！

臺東縣均一國際教育實驗高中 教務處啟 114.04.24

◎填表說明：

低年級將以安排統一上閩南語為原則。

-----（請填寫後撕下寄回）-----

班級		姓名		家長簽名	
----	--	----	--	------	--

家族主要使用之 本土語言		父親() 母親() (請參考下表語言別填寫)					
學生選修語言別 (請用✓標記)							
	閩南語		北部阿美語		卓群布農語		東排灣語
	客家語		中部阿美語		卡群布農語		北排灣語
	知本卑南語		海岸阿美語		丹群布農語		中排灣語
	南王卑南語		馬蘭阿美語		巒群布農語		南排灣語
	初鹿卑南語		恆春阿美語		郡群布農語		魯凱語
	建和卑南語		雅美語		賽德克語		太魯閣語
學生選修之語言能力		☐ 能聽 ☐ 能聽、說 ☐ 能聽、說、讀 ☐ 完全不會					

臺東縣均一國際教育實驗高級中等學校 新生 健康狀況調查表

親愛的家長您好：

為了解貴弟子的健康狀況，本調查表請家長據實填寫，並繳回學校以便彙整。

謝謝您的合作！

健康中心 敬上

學生基本資料	入學日期	114 年 8 月	班級	1 年 A 班	座號		血型		學號	
	姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生日期	年 月 日	身分證字號			
	戶籍地址	郵遞區號 □□□	縣 市	鄉/市 鎮/區	村/里 鄰	路/街 弄	段 號	巷		
	現居地址	☐ 同上 ☐ 如右：								
	緊急聯絡人 家長(監護人)及附近親友。	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話				
健康基本資料	個人疾病史：本人曾患過的疾病						特殊疾病現況或應注意事項			
	☐ 1. 無 ☐ 7. 癲癇 ☐ 13. 心理或精神疾病：_____						☐ 詳如病歷摘要			
	☐ 2. 肺結核 ☐ 8. 紅斑性狼瘡 ☐ 14. 癌症：_____									
	☐ 3. 心臟病 ☐ 9. 血友病 ☐ 15. 海洋性貧血：_____									
	☐ 4. ____型肝炎 ☐ 10. 蠱豆症 ☐ 16. 重大手術名稱：_____									
	☐ 5. 氣喘 ☐ 11. 關節炎 ☐ 17. 過敏物質名稱：_____									
☐ 6. 腎臟病 ☐ 12. 第____型糖尿病 ☐ 18. 其他：_____										
☐ 領有重大傷病證明卡，類別 _____ ；參加保險類別 ☐ 全民健保 ☐ 學生團體保險 ☐ 其他 _____										
☐ 領有身心障礙手冊，類別 _____ ；等級 ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度										
若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)，作為照護參考。										
家族疾病史：患有重大遺傳性疾病家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____										
※上述重大疾病請提供相關證明文件影本與醫療紀錄，供本校健康中心留存。※										
備註	1. 上述資料請據實填寫。 2. 請家長務必填寫聯絡電話及手機號碼，以便緊急事故之聯繫。 3. 如有特殊健康照護需求，請與本校健康中心聯絡(TEL：089-223301#305)；健康中心將以電話聯繫，以進一步瞭解學童健康情形並評估照護需求。									
	填寫家長簽名：_____					填寫日期： 年 月 日				