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 |  |