****

**协康会「星亮教室」 – 孤独症儿童及早干预扶轮社公益培训项目**

**报名表格一**

 (适用于报读1601-1604家长教育课程)

**1. 报读课程**

课程编号： 课程名称：

课程编号： 课程名称：

**2. 家长资料**

姓名： 先生/女士\*

手机： 电邮/QQ/微信：

住址：

任职单位： 职称：

教育程度/专业资格：

曾否参加有关课程：□没有 □有 (请列出课程名称及主办单位：

何获知本课程：

曾否接触协康会教材/课程：□没有 □有 (详情：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**3. 儿童资料**

儿童姓名： 年龄： □ 2岁以下 □ 2-6岁 □ 6-8岁

出生日期： 年 月 日

患有自闭症？ □是 □否 何时确诊？ 年 月 日

评估单位： \*请附上诊断书副本(如未提供，申请将不获考虑)

其他发展障碍：

现在有否入学？ □有 □没有 就读学校/单位：

**4.** 请简要说明儿童现时的情况，照顾时遇到的主要困难，及对这个课程的期望。(200字内)

**声明及承诺**（欲參加本課程者，請務必全部勾選，以示同意）

□ 本人声明上述提供的资料全部属实，如发现有虚假，申请将被取消。

□ 本人明白此乃公益课程，学费及教材一概免费，如获选参加，名额不可转让，必须准时出席，并带备身分证明以供核对，方可进场。

* 本人承诺尊重协康会拥有教材和课程的知识产权，不作复印、照相、录像、录音等侵权行为。

□ 本人同意主办及协办单位使用以上提供的联络资料，跟进学习情况及通知续后培训及相关活动。

申请人签署： 　　签署日期：