附件2：信息收集表

学前抽离式融合课程服务学员信息收集表

1. 儿童姓名： [填空题]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. 性别 [单选题]

○男

○女

3. 学生年龄： [填空题] （出生年月选项）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. 残疾类型 [多选题]

□视力残疾

□听力残疾

□肢体残疾

□精神残疾

□智力残疾

□言语残疾

□其他（诊断证明） \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

相关证明材料：

1. 身份证或户口本本人页
2. 残疾人证或疾病诊断证明

5. 监护人姓名： [填空题]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. 监护人联系方式： [填空题]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. 监护人微信号（请确保已开启微信搜索功能）： [填空题]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_