

# 雲林縣東勢鄉立幼兒園113 學年度新生入園招生簡章

一、依據：本府113年3月21日府教特二字第1132416425號函辦理。

二、核定招收幼兒數：180人。

三、招生名額：2歲以上入國小前之幼兒-100人

四、作息時間：

(一)入園時間：上午7時30分以後。

(二)教保時間：上午8時至下午4時。

五、申請登日期及地點：

(一)時間：113年5月13日(星期一)至113年5月17日(星期五)，上課日上午8時至下午4時止。(家長得出具委託書委託他人辦理登記，倘於截止登記後尚有缺額，應持續辦理登記招生作業)

(二)地點：本園辦公室

地址：雲林縣東勢鄉月眉村中山路9號 電話：05-6995213-5

六、申請方式：

(一)現場填寫新生報名表

(二)繳交戶口名簿影本、幼兒健康手冊。

(三)於113年5月13日至113年5月17日登記期間內，每位幼兒申請登記入園以一園為限，登記二園(含)以上者取消入園資格，已錄取撤銷其資格由備取者遞補。

七、登記入園資格：凡具下列資格之一者得向本園申請登記入學

(一)無設籍限制

(二)年齡符合下列各款者：

1. 大班(5足歲)：107年9月2日至108年9月1日出生。

2. 中班(4足歲)：108年9月2日至109年9月1日出生。

3. 小班(3足歲)：109年9月2日至110年9月1日出生。

4. 幼幼(2足歲)：110年9月2日至111年9月1日出生。

(三)適齡國小兒童經縣府核准延緩入學者。

八、優先入園資格：

(一)除於前一學年度已就讀該園之幼兒得先予入園外，為照顧弱勢族群，凡符合下列各目之一且檢附相關證明文件之幼兒，應予優先入園：

1. 第一優先：符合「雲林縣就讀公立幼兒園及非營利幼兒園優先入園辦法第2條規定」：

(1) 低收入戶子女(低收入戶證明)。

(2) 中低收入戶子女(中低收入戶證明)。

(3) 身心障礙幼兒(身心障礙證明正本及影本，或本縣特殊教育學生鑑定及就學輔導會核發之證明文件，正本驗後發還)。

(4) 原住民(戶口名簿影本或戶籍謄本正本，正本驗後發還)。

(5) 特殊境遇家庭子女(特殊境遇家庭核定文件)。

(6) 中度以上身心障礙者子女(父或母身障手冊正本及影本，正本驗後發還)。

2. 第二優先：

(1) 符合登記資格之教職員工子女(各園得依第十點錄取順序之規定進行調整)

(2) 設籍本縣，育有三名以上子女之家庭(戶口名簿正本)。

(二) 為落實身心障礙幼兒安置轉銜工作及兼顧身心障礙幼兒就學權益，大班、中班各年齡層控留普通幼兒名額2人，小班年齡層控留普通幼兒名額1人，至113年7月15日止無身心障礙幼兒申請入學時，應開放申請入園名額或通知備取之幼兒報到。

九、應繳證件：

(一) 普通幼兒：戶口名簿影本、幼兒健康手冊、家長委託書。

(二) 優先入園幼兒：戶口名簿影本、幼兒健康手冊、家長委託書，檢附第八點相關證明文件。

十、錄取方式：

(一) 本園申請入園幼兒人數，均以報名登記先後順序，依先後順序錄取至「各年齡層」招生名額額滿為止。

(二) 本園申請入園幼兒人數於報名截止日已超過「各年齡層」招收名額，將於113年5月25日辦理抽籤錄取名額順序及備取順序名額。

十一、報到及註冊方式日期：

(一) 報到日期：113年7月8日(星期一)至113年7月12日(星期五)，上課日上午8時至下午4時止(報到時幼童不需出席，家長得出具委託書委託他人辦理報到)。

(二) 註冊方式日期：開學後自東勢鄉農會帳戶扣款，日期為113年8月12日起至113年8月21日止，(本園收費規定依雲林縣政府核備項目及數額辦理)。

十二、缺額遞補方式：

1. 未於113年7月8日至113年7月12日期間報到者，園方會再次以電話聯繫是否就讀，如確定不就讀或不能以電話聯繫者，取消該幼兒錄取資格，由後補幼兒先後順序依序通知報到。

2. 學期開學後招生名額尚有缺額，應持續辦理登記招生作業。

十三、其他重要事項：

1. 招生作業依本簡章內容辦理，並將簡章及結果公告於幼兒園網站及門口明顯處，如涉及幼兒個人資料部分，工作人員應負有保密義務。

2. 本招生簡章於民國113年4月19日(星期五)前公告於雲林縣東勢鄉公所全球資訊網頁(<http://www.dongshuh.gov.tw>) - 「鄉立幼兒園」 - 「表單下載專區」。

~~~歡迎適齡的寶貝們加入我們的行列~~~

中華民國 113 年 4 月 19 日

# 幼兒入學基本資料表

編列班級：

入所日期：

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------|-------|----|----|----|---|----------------------------------|---|--|
| 幼兒姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    | 性別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 男、女 | 出生                                                            | 年 月 日 | 籍貫 | 省  | 縣市 |   |                                  |   |  |
| 身份證字號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | □□□□□□□□□□                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               | 住家電話  |    |    |    |   |                                  |   |  |
| 住址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 鄉 村 街路 巷 號                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| 戶籍地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 鄉 村 街路 巷 號                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| 家庭狀況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 父                                  | 存歿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 姓   |                                                               | 出生    |    | 教育 |    | 職 |                                  | 手 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 母                                  | 存歿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 名   |                                                               | 生年    | 次  | 程度 |    | 業 |                                  | 機 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 直系親屬                               | 祖父母( )人，排行第( )兄( )人<br>姊( )人 弟( )人 妹( )人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                               |       |    |    |    |   | 其他聯絡人：<br>與幼兒關係：<br>住家電話：<br>手機： |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 婚姻狀況                               | 1. <input type="checkbox"/> 良好 2. <input type="checkbox"/> 單親 3. <input type="checkbox"/> 分居                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| <p>一、個人疾病史：</p> <p><input type="checkbox"/>1. 到目前為止身體狀況一切正常</p> <p><input type="checkbox"/>2. 心臟病 <input type="checkbox"/>3. 癲癇 <input type="checkbox"/>4. 氣喘 <input type="checkbox"/>5. 肺結核 <input type="checkbox"/>6. 地中海貧血 <input type="checkbox"/>7. 風濕熱</p> <p><input type="checkbox"/>8. 肝肺炎 <input type="checkbox"/>9. 唇顎裂 <input type="checkbox"/>10. 腎臟病 <input type="checkbox"/>11. 小兒麻痺 <input type="checkbox"/>12. 腫瘤 _____ <input type="checkbox"/>13. 蠶豆症</p> <p><input type="checkbox"/>14. 疝氣 <input type="checkbox"/>15. 血友病 <input type="checkbox"/>16. 高血壓 <input type="checkbox"/>17. 精神疾病 <input type="checkbox"/>18. 腦炎 <input type="checkbox"/>19. 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/>20. 聽障 <input type="checkbox"/>21. 過敏病 <input type="checkbox"/>22. 川崎病 <input type="checkbox"/>23. 視力異常 <input type="checkbox"/>24. 先天性畸形 <input type="checkbox"/>25. 語障</p> <p><input type="checkbox"/>26. 心理及情緒問題 <input type="checkbox"/>27. 長期服藥問題</p> <p><input type="checkbox"/>28 其他 _____</p> <p>二、上列疾病中：(如勾選一切正常則不需填寫)</p> <p><input type="checkbox"/>已痊癒 <input type="checkbox"/>正接受治療 <input type="checkbox"/>未痊癒，但目前不需治療</p> <p>三、因上述疾病需特別注意事項(如無則免填)： _____</p> <p>四、因先天性疾病或意外引起的缺陷殘障：(如無則免填)： _____</p> <p>五、家族健康史：上述疾病中若您的家人曾患或正在治療中，請填上，(如無則免填)</p> <p>疾病名稱： _____，患者與學童之關係： _____</p> |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| * 是否加入全民健保                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    | 概 況 調 查                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    | * 父親或母親為外國籍 > <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 > 國籍： _____<br>* 父親或母親領有身心障礙手冊 > <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 ><br>障礙類別： _____ 程度： _____<br><input type="checkbox"/> 幼兒為原住民<br><input type="checkbox"/> 幼兒領有身心障礙手冊 > 障礙類別： _____ 程度： _____<br><input type="checkbox"/> 列冊低收入戶<br><input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶 |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| * 列舉幼兒常去就診之健保特約醫院診所名稱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| * 1. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| * 2. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| 到校搭乘工具                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | <input type="checkbox"/> 搭娃娃車 <input type="checkbox"/> 家長自行接送 |       |    |    |    |   |                                  |   |  |
| 備註                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | * 上述資料請據實填寫，如未據實填寫導致不良之結果應由家長自行承擔。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               |       |    |    |    |   |                                  |   |  |

填表人簽名：

填表日期：

年 月 日