



仁濟醫院蔡衍濤小學

2024-2025年度小一候補學額申請表

學生姓名：_____ (中文) _____ (英文)

性別：_____ 出生日期：_____

住 址：_____

住宅電話：_____ 家長手提電話：_____

電郵：_____

現就讀幼稚園／幼兒中心：_____

原派小學：_____

家長 / 監護人簽署：_____

家長 / 監護人姓名：_____

日 期：二零二四年____月____日