



# 仁濟醫院蔡衍濤小學

## 2026-2027 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：二零二六年\_\_\_\_月\_\_\_\_日