

附件

大田县特殊教育学校招生报名表

姓 名		性别		出生年月		有何特长	
残疾种类					致残时间		
家庭地址							
致 残 原 因							
家 庭 主 要 成 员	称谓	姓名	工作单位			联系电话	
监 护 人 意 见							
乡 镇 残 联 意 见	盖章 年 月 日						
备 注							