

仁濟醫院林百欣中學  
中一自行分配學位申請表(2024/2025)

【 填寫申請表時請留意申請須知 】

英文姓名 \_\_\_\_\_

中文姓名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 出生地點 \_\_\_\_\_

身份証號碼 \_\_\_\_\_ 學生編號 \_\_\_\_\_



通訊地址(中文) \_\_\_\_\_

通訊地址(英文) \_\_\_\_\_

聯絡電話 \_\_\_\_\_

小一至小六就讀小學

年份	學校名稱	班級
至		
至		
至		

家長或監護人：

英文姓名 \_\_\_\_\_ 中文姓名 \_\_\_\_\_ 與學生關係 \_\_\_\_\_

通訊地址 (如與申請人不同住) \_\_\_\_\_

聯絡電話 \_\_\_\_\_

申請人就讀本校之兄弟姓名及班別

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

如家長是本校校友，請在此欄註明

家長姓名 \_\_\_\_\_ 就讀年份：中\_\_\_\_ (\_\_\_\_年) 至中\_\_\_\_ (\_\_\_\_年)

日期 \_\_\_\_\_ 家長/監護人簽署 \_\_\_\_\_