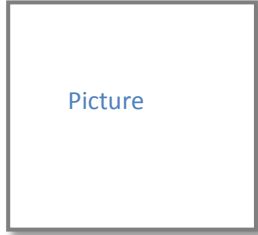




# 长岛宣道会中文教育中心

LIAC- Chinese Language Education Center  
377 Deer Park Road Dix hill, NY 11746  
Tel: (631)271-2290  
Registration Year 2021-22

Student No. \_\_\_\_\_



学生姓名 (中) \_\_\_\_\_ (英) \_\_\_\_\_  
Student Name Chinese English

出生日期 \_\_\_\_\_ 出生地 \_\_\_\_\_  
Date of Birth Month/Day/Year Place of Birth

新年度班级 \_\_\_\_\_ 中文班 \_\_\_\_\_ 性别 男 女  
Entering Grade CLEC Class Sex M F

父亲或监护人 中文名 \_\_\_\_\_ 英文名 \_\_\_\_\_  
Father/Guardian Chinese Name English Name

母亲或监护人 中文名 \_\_\_\_\_ 英文名 \_\_\_\_\_  
Mother/Guardian Chinese Name English Name

家庭住址 \_\_\_\_\_ 电子邮箱 \_\_\_\_\_  
Home Address Email Address  
\_\_\_\_\_  
City State Zip

电话：家 \_\_\_\_\_ 母亲手机 \_\_\_\_\_ 父亲手机 \_\_\_\_\_  
Phone: Home Mother Cell Father Cell

家庭医生姓名 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_  
Physician's Name Phone No.

紧急情况联络人 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_  
Person to contact in Emergency Relation Phone

紧急情况联络人 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_  
Person to contact in Emergency Relation Phone

授权接送人 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_  
Person authorized to pick up Relation Phone

家长/监护人同意 \_\_\_\_\_ 宗教信仰/Religion \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Agreement

签名/Signature: \_\_\_\_\_ 日期/Date: \_\_\_\_\_