院系名称： 专业名称： 年级：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.姓名: | | | 2.性别： | | | 3.出生日期： 年 月 日 |
| 4.身份证号码： | | | 5、护照签发地： | | | 6.户籍所在地： 省 市 |
| 7.护照号码： | | | 8、护照到期时间： | | | 9.身高： |
| 10.手机号： | | | 11. QQ邮箱： | | | 12.体重： |
| 13.家庭现住址（注邮编）： | | | | | | |
| 14.兴趣爱好或特长： | | | | | | |
| 15.最近五年去过的国家（注明年份和国家）：  16.您是否曾经被拒签、被拒绝入境，或者在入境时被撤回您的入境申请？  如有, 被拒签日期： 申请地点： 签证种类： | | | | | | |
| 亲属关系 | 姓名 | 出生年月日 | | 出生城市 | 联系电话 | 工作单位名称和职位 |
| 父亲 |  |  | |  |  |  |
| 母亲 |  |  | |  |  |  |
| 兄弟姐妹 |  |  | |  |  |  |
| 17、父亲年收入（元）： 18、母亲年收入（元）： | | | | | | |
| 19、是否有以下疾病 哮喘 心脏病 癫痫 精神类疾病 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **请如实填写上述信息，空白将视为“无”。**  20、您有没有其他过往病史？近期是否做过手术？有没有药物过敏或长期用药？如有，请如实说明。 | | | | | | |
| **请选择拟参加营会时间，并在方框内打勾（✓）。**  1、7月15日－7月30日 （2周）  2、7月15日－8月5日 （3周） | | | | | | |
| 21、辅导员推荐意见： 22、学院审批意见： | | | | | | |

**家长签名： 学生签名：**