|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名： | | 性别: | 出生年月日： | | 学校及班级： | |
| ☆全国青少年奥林匹克科学竞赛  四天三夜：□2012年7月30日－8月2日            □2012年7月31日白天比赛，8月1日晚上颁奖晚会 | | | | | | |
| 参加科学探索班的学习情况：参加了     期科学探索班的学习。 | | | | | | |
| 有无食物及其它过敏情况：□是     □否　        如选“是”，请填写过敏源：  特殊饮食习惯：        　□无     □素食   　　 其它：  有无妨碍野外运动的生理障碍：□有   □否  如选“有”，请详细说明： | | | | | | |
| 目前是否有接受药物治疗：□无    □有 　      (如选“有”请注明：                           )  有无慢性病史：□是    □否  如选“是”，请在下列中选择：   □心脏病 □肝炎 □高血压 □哮喘   其他 | | | | | | |
| 监护人 | 姓名： | | | 关系： | | 移动电话： |
| 单位/家庭电话： | | | E-mail: | | |
| 紧急情况联系人 | 姓名： | | | 关系： | | 移动电话： |
| 单位/家庭电话： | | | E-mail: | | |
| 您对此次比赛活动的期望与建议： | | | | | | |
| **报　名　需　知 （请家长认真阅读）**  **公司账号：1.北京建设银行宣武支行 1100 1019 5000 5301 8666**  **开户：北京昊科启智教育科技有限公司**  **2.中国工商银行 622208 020000 4474 758    开户：李良军**  **3.中国农业银行 622845 00100 33542 114    开户：李良军**  ☆ 为保证学员的活动安全，请您认真阅读并如实填写以上内容。  ☆　每期配备驻地医生，因营员自身病史引发的医疗救护，费用自理。  ☆  如参赛学生没有通过复赛，扣取报名费50元，此费用为参加复赛费用。  ☆ 为保证活动正常进行，统一退费时间为：2012年9月10日——9月20日，退费需出示交费收据。  ☆ 全国青少年奥林匹克数理化科学体验活动组委会保留本活动的最终解释权。  监护人签名:  日　期： | | | | | | |