

編號：

(此欄由本會工作人員填寫)

## 社團法人台南市腦性麻痺之友協會獎學金申請表

會員姓名：\_\_\_\_\_

填表日期： 年 月 日

學生姓名		性別		照 片 請使用近期照片
與會員關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女			
學生身份證字號				
組別	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專院校(含四技二專)			
就讀學校	校名：_____		縣市	
	_____系、科 年 班		學號	
聯絡電話			行動電話	
地址	□□□			
E-mail				
金融機構或 郵局局號帳號	局號：_____		帳號：_____	
	(戶名必須為申請學生本人)			
檢附證明	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 前一學年成績單正本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本(正反面) <input type="checkbox"/> 學生證影本(正反面,須有當學期註冊章) <input type="checkbox"/> 學生身份證影本(正反面)或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本(戶名必須為申請學生本人) <input type="checkbox"/> 個人資料使用聲明同意書 <input type="checkbox"/> 其他(ex:低收入戶證明,如無則免附)			
申請資格				
一、 自申請日起已連續三年繳交年費之會員或會員子女,且前一年須參與協會辦理之活動達 1/5 以上,並就讀大專校院、高中、職國中、小具有國內公立或已立案之私立學校學籍之學生,符合下列條件之一者,且在法定修業年限內予以獎助。 二、 國中、小學生及應屆畢業生其前一學年成績總平均 80 分以上(或相對等級),操行平均 70 分以上,且無小過以上處分。 三、 高中、職二、三年級學生及應屆畢業生其前一之學年成績總平均 75 分以上(或相對等級),操行平均 70 分以上,且無小過以上處分。 四、 大專校院二至四年級學生及應屆畢業生其前一之學年成績總平均 70 分以上(或相對等級),操行平均 70 分以上,且無小過以上處分。				
_____(請簽名)同意本人或家人將獎學金頒獎活動期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會,本會得無償於非營利範圍使用。				

請將申請表連同檢附資料一同寄出

郵寄地址：社團法人台南市腦性麻痺之友協會 台南市北區小東路 423 巷 3 號(東興華廈 B 棟)