附件4

惠州市2024年随迁子女中考报名资格审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 | |  | | 性别 |  | | 籍贯 | | |  | | 流水编号 | | |  | |
| 公民身份号码 | |  | | | 联系电话 | | | | |  | | 学籍号 | | |  | |
| 考生户口所在地省市 | | | \_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市 | | | | | 地址 | |  | | | | | | |
| **个人就学情况** | 起止日期 | | | | 就读学校 | | | | | | | | | 学籍所在地 | | |
| 初一 |  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 初二 |  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 初三 |  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| **父母情况（如使用一人的材料，填写一人即可）** | 父亲姓名 |  | 公民身份号码 | |  | | | | | | 户口所在地 | | | \_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_市 | | |
| 亲子关系证明 | □户口本 □出生证明 □亲子鉴定 □其他证明 | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 自查情况 | □养老保险条件符合 | | | | □医疗保险条件符合 | | | | | | | □居住证条件符合 | | | |
| 母亲姓名 |  | 公民身份号码 | |  | | | | | | 户口所在地 | | | \_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_市 | | |
| 亲子关系证明 | □户口本 □出生证明 □亲子鉴定 □其他证明 | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 自查情况 | □养老保险条件符合 | | | | □医疗保险条件符合 | | | | | | | □居住证条件符合 | | | |
| **（以上资料由考生、父母本人填写）**  **考生签名： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（区）人力资源和社会保障局意见  【**基本养老保险**】 | | | 县（区）  医疗保障部门意见  【**基本医疗保险**】 | | | | | | 县（区）  公安局（分局）意见  【**居住证**】 | | | | | | | 县（区）  教育局意见  **【初中学籍】** |
| (外省户籍父母姓名)截止2024年8月31日（含）在我市参加社会基本养老保险累计期限达到**36**个月（或者自2022年5月1日（含）前在我市参加社会基本养老保险且没有中断过）。  经办人签名：  单位盖章：  年 月 日 | | | (外省户籍父母姓名)截止2024年8月31日（含）在我市参加医疗保险累计期限达到**36**个月（或者自2022年5月1日（含）前在我市参加医疗保险且没有中断过）。  经办人签名：  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | (姓名)于2022年5月1日前在我市已领取居住证，且在2024年8月31日持有有效居住证。符合报考资格规定。  经办人签名：  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | 具有我市初中阶段学校三年完整学籍。  经办人签名：  单位盖章：  年 月 日 |

备注：1.考生、考生监护人户籍均非广东户籍。亲子关系和自查情况符合的请打√。如考生与父母户籍不在同一本户口簿或 “与户主关系”中显示非“子”或“女”，需出示《出生医学证明》或亲子关系证明材料；

2.基本养老保险和基本医疗保险均属考生同一监护人。居住证可以不是同一监护人。