



# 仁濟醫院第二中學

## 2024/25 中四至中六轉校申請表格

### Yan Chai Hospital No.2 Secondary School

Application Form For S4-S6 Transfer School Places 2024/25

申請編號 Application No.

所填資料供本校處理收生有關事宜之用  
All information collected is for the purpose  
of applying for admission in our school only.

#### 申請學生資料 Applicant's Particulars

英文姓名 Name in English		請貼近照 Please affix a recent photo
中文姓名 Name in Chinese	性別 Gender	
出生日期 (年/月/日) Date of Birth (Year/ Month/ Day)	出生地點 Place of Birth	
住址 Residential Address		
手提電話 Mobile Telephone No.	住宅電話 Home Telephone No.	
香港身分證號碼 HK Identity Card No.	教育局學生編號 EDB STRN No.	

轉校原因  
Reasons for transferring to our school

申請入讀年級  
Form Apply For

#### 本校選修科組合 Elective Subjects of our School

升中四	X1	歷史 Hist. / 經濟 Econ. / 健管 HMSC / 化學 Chem. / 資通 ICT
升中五	X2	中國歷史 Chin. Hist. / 地理 Geog. / 企會 BAFS / 生物 Bio. / 數學延伸課程 M2
升中六	X3	中國文學 Chin. Lit. / 旅款 THS / 物理 Phy. / 視覺藝術 VA / 日文 Japanese / 語文精進 Lang. Enhancement

請填寫科目組合選擇 Please fill in subject selections

英文 Eng. Lang	中文 Chin. Lang	數學 Math	公社 CSD		
-----------------	------------------	------------	-----------	--	--

#### 學業表現及品行 Academic Performance & Conduct

現時就讀學校名稱  
Name of school you are attending

學年 Sch Yr.	年級 Grade	中文 Chinese	英文 English	數學 Math	公社 CSD	選修科 Elective subject ( )	選修科 Elective subject ( )	選修科 Elective subject ( )	操行 Conduct

#### 其他學習經歷表現 Other Learning Experiences

學年 Sch Yr.	活動/服務項目 Name of Activity/Service	資歷/獎項 Qualifications / Awards

**家長或監護人評語 Parent's/Guardian's Comments**

請分享 閣下作為家長/監護人，最欣賞申請人哪些特質。

Please share with us the qualities of the applicant that you appreciate most from the parent's/guardian's perspective.

**家長或監護人資料 Parent's/Guardian's Particulars**

姓名 Name			
手提電話 Mobile No.			
職業 Occupation			
關係 Relationship			

**聲明 Declaration**

本人聲明：

*I declare that:*

- |                             |                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 本人屬上述學生家長/監護人；           | (1) I am the parent/guardian of the above-mentioned student.                                                                                                                   |
| 2. 本人明白此表提供的資料所作用途；         | (2) I understand the purpose for which the personal data provided by means of this form will be used.                                                                          |
| 3. 本表所填資料全屬真確，倘有虛報不實，申請將作廢。 | (3) To the best of my knowledge and information contained in this form is true and correct. If false information is supplied, this application will be rendered null and void. |
| 4. 隨表附奉各有關證明文件副本，以供參考。      | (4) I submit photocopies of all relevant documents with this Application Form.                                                                                                 |

本人確認為上述申請人，申請 仁濟醫院第二中學 2024/25 學位。

I confirm, on behalf of the applicant, that I would apply for a Yan Chai Hospital No.2 Secondary School School Place in 2024/25.

家長 / 監護人簽署  
Signature of Parent / Guardian

家長 / 監護人姓名  
Name of Parent / Guardian

申請人姓名  
Name of Applicant

日期  
Date



網址 Web: <http://www.ych2ss.edu.hk>

電話 Tel: 2467 3736 傳真 Fax: 2456 2302 校址: 屯門第 31 區楊青路 (輕鐵: 青山村站) Address: Area 31, Yeung Tsing Road, Tuen Mun

**校務處專用 Office only**

處理職員姓名 Name of Staff

收表日期 Date Received

- 成績表副本  獎項/服務/活動證書副本 (如有)