

# 新北市國中小低收入暨弱勢學童免費驗光配鏡報名表

茲證明學生\_\_\_\_\_，符合報名資格並均有定期於眼科診所看診，非第一次進行驗光檢查，且已經眼科醫師確診為非假性近視，並告知應配戴眼鏡改善視力。

家長簽名：\_\_\_\_\_ 學務處圓戳章：\_\_\_\_\_



第十二屆  
**我是好學生**  
免費驗光配鏡活動



(個人基本資料請於活動前事先填寫完畢)

|     |     |
|-----|-----|
| 姓名： | 電話： |
| 學校： | 班級： |

(以下由活動現場驗光師填寫，家長不需填寫)

| 日期 | 鏡架 | 度數 | PD | 備註 |
|----|----|----|----|----|
|    |    | R： |    |    |
|    |    | L： |    |    |
|    |    | R： |    |    |
|    |    | L： |    |    |

