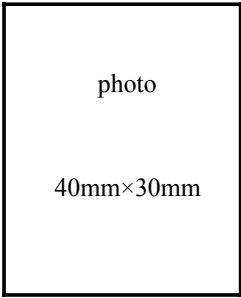




# Laurus International School of Science

## Application for admission 入学願書



### 1. Student Information

1	Name (English)											
	Name (Japanese)											
(Note: The above name will be used on all official documentation. ここに記入した名前を入学後全ての学校記録に使用します。)												
2	Gender 性別	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女	3	Nationality 国籍		4	Date of birth 生年月日	(month/day/year)	5	Age 年齢	
3 Current Residential Address in Japan 日本の住所												
Postal code		Tel		*Effective from いつから( )								
Address				Fax								
E-mail												
4 Please check <input checked="" type="checkbox"/> the class you are applying for. 入学を希望するクラスに印を付けてください。												
Class		<input type="checkbox"/> Da Vinci (3~4 years old)		<input type="checkbox"/> Darwin (4~5 years old)		<input type="checkbox"/> Einstein (5~6 years old)						
		<input type="checkbox"/> Newton (1.5 years old)		<input type="checkbox"/> Galileo (2.5 years old)								
5	Proposed Enrolment Date 入学希望時期		Year ( )		<input type="checkbox"/> April		<input type="checkbox"/> September		<input type="checkbox"/> other その他( )			
6	Course コース	<input type="checkbox"/> Full		<input type="checkbox"/> 5h		Day 曜日	Mon / Tue / Wed / Thu / Fri / Sat					
7	Motive 志望動機											

### 2. Parent or Guardian Information

Parent / Guardian's details 保護者		<input type="checkbox"/> Father 父		<input type="checkbox"/> Stepfather 義父		<input type="checkbox"/> Guardian 後見人	
1	Name 氏名			Nationality at birth 出生時の国籍			
	Language/s 言語			Work address/勤務先			
	Tel(mobile)			Tel(work)			
	E-mail						
Parent / Guardian's details 保護者		<input type="checkbox"/> Mother 母		<input type="checkbox"/> Stepmother 義母		<input type="checkbox"/> Guardian 後見人	
2	Name 氏名			Nationality at birth 出生時の国籍			
	Language/s 言語			Work address/勤務先			
	Tel(mobile)			Tel(work)			
	E-mail						
3	Siblings/兄弟姉妹	Name/名前		DOB/生年月日		School/学校	

### 3. Educational History

Please list all schools attended (most recent school first). これまでに通った学校名を全て記入してください。(現在に近い順から書いてください。)							
	Name of school 学校名	Start date 入学年月日	Grade 学年	Finish date 退学年月日	Grade 学年	Language of instruction 指導/学習言語	Location 所在地
1	e.g. Laurus International School of Science	Mar 1,2004	1	Jun 28,2006	2	English	Japan

### 4. Language Information

Please list the languages (up to three) spoken by the applicant, in order of proficiency. 1 お子さんが話す言語(三言語まで)を得意な順にお書き下さい。												
	<b>First</b> 第一言語		<b>Second</b> 第二言語		<b>Third</b> 第三言語							
Are these languages spoken at home? If yes, what percentage(%) of the time? Who uses them at home? 家庭ではこれらの言語を使用しますか? Yesの場合、どの位の割合(%)話しますか? 誰が話しますか?												
2	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
	Percentage of time 割合 (%)			Percentage of time 割合 (%)			Percentage of time 割合 (%)					
	Who?			Who?			Who?					
For each language, please estimate your child's competency in each of the four skill areas indicated. 上記の各言語の分野別にお子さんのレベルをお知らせください。												
		Beginning	Developing	Fluent		Beginning	Developing	Fluent		Beginning	Developing	Fluent
3	Listening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Listening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Listening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Speaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Speaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Speaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Writing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Writing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Writing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has your child studied these languages in a school setting? If yes, for how long? これらの言語を学校で学習していましたか? Yesの場合、何年位学習していましたか?												
4	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
	How long? 何年位?			How long? 何年位?			How long? 何年位?					
Has your child passed an Eiken grade test? お子様の英検のレベルをお知らせください。												
5	<input type="checkbox"/> Grade 5 <input type="checkbox"/> Grade 4			<input type="checkbox"/> Grade 3			<input type="checkbox"/> Grade Pre-2					
	<input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade Pre-1			<input type="checkbox"/> Grade 1			<input type="checkbox"/> has not taken					

## 5.Special Circumstances

Please check "Yes" or "No" for **each** of the following questions.

下記 **全質問** について、yes または no で回答してください。

<p>Has your child received or is he/she currently receiving any of the following? 下記のサポートを過去に受けたことがある。または、現在受けていますか？</p>	
1	<p>1-1 Individual behavior management support. 品行/行動上の問題についてのサポート <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
	<p>1-2 Speech/Language therapy 言語治療 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
	<p>1-3 Occupational therapy 運動機能治療 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
	<p>1-4 Individual / Family counseling 個人又は家族でのカウンセリング療法 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
	<p>1-5 Gifted and talented services 英才教育 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
	<p>1-6 Special resource center support 特別なサポートセンターの利用 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
	<p>1-7 Special needs or learning support スペシャルニーズまたは特別な学習サポート <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
2	<p>Has your child undergone or is he/she undergoing an educational assessment to identify learning needs or difficulties? 学習困難や学習サポートの必要性を調べるテストを受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
3	<p>Are there any medical, physical or intellectual conditions, whether diagnosed or suspected, that may affect your child's life at school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No お子さんは、学校生活に影響を及ぼす可能性のある医学的、身体的または知的条件があると診断された、または、疑われたことがありますか？</p>

## 6.Please describe your child's personality お子様の性格をお書きください

	<p>特記事項 Additional Information</p>

## 7. Health Check

Please check all of the following questions and answer as applicable.

下記 質問 について、すべて回答してください。

1	1-1	Chronic disease 持病		1-2	Are there any other previous disease/s that should be noted? 過去の特記すべき病 気		
	1-3	Does your child have an allergy? アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1-4	Name of Allergy アレルギー名		
	1-5	Has your child ever experienced an anaphylactic shock? アナフィラキシーショックの有無	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1-6	Does your child use an EpiPen? エピペンの有無	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	1-7	Does your child suffer from bus sickness? バス酔いの有無	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1-8	Has your child ever experienced a fever seizure? 熱性痙攣の有無	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	1-9	Symptom 症状					
	1-10	Medicine(s) 薬の名前					
	1-11	Treatment 対処法					
	1-12	Name of your preferred hospital (for emergency) 緊急搬送先としての かかりつけの病院名		1-13	Department/Doctor 診療科・担当医		
	1-14	Address 住所		1-15	Phone number 電話番号		
	Additional Information その他特記事項						
	2	Emergency contact 1 緊急連絡先 1				Relation	関係
		Emergency contact 2 緊急連絡先 2				Relation	関係
		Emergency contact 3 緊急連絡先 3				Relation	関係

## 8. Routine Vaccination 定期予防接種

Please note the date your child received the vaccination. YY/MM/DD

下記予防接種の接種日をご記入ください。(年/月/日)

1	1-1	BCG	① / /	② / /	③ / /	④ / /
	1-2	4種混合ワクチンDPT-IPV	① / /	② / /	③ / /	④ / /
	1-3	ヒブ Hib	① / /	② / /	③ / /	④ / /
	1-4	小児肺炎球菌 pediatric pneumococcal vaccine	① / /	② / /	③ / /	④ / /
	1-5	MR 麻疹/風疹 Measles & Rubella	① / /	② / /	③ / /	④ / /
	1-6	水痘 / 水ぼうそう Varicella	① / /	② / /	③ / /	④ / /
	1-7	日本脳炎 Japanese encephalitis	① / /	② / /	③ / /	④ / /

