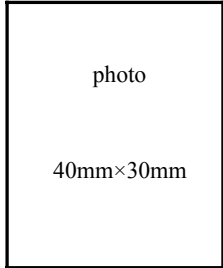




Laurus International School of Science

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	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	3	Nationality	
	性別	男	女		国籍	
4	Date of birth		5	Age		
	生年月日	(month/day/year)		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

1	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
	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				
2	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
	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。)							
1	Name of school	Start date	Grade	Finish date	Grade	Language of instruction	Location
	学校名	入学年月日	学年	退学年月日	学年	指導/学習言語	所在地
	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。											
	First	第一言語		Second	第二言語		Third	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。												
3		Beginning	Developing	Fluent		Beginning	Developing	Fluent		Beginning	Developing	Fluent
	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。

1	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？		
	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
	1-2	Speech/Language therapy 言語治療	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	1-3	Occupational therapy 運動機能治療	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	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
	1-5	Gifted and talented services 英才教育	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	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
	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
2	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		
3	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？		

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

	特記事項 Additional Information

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 recieved 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 / /

