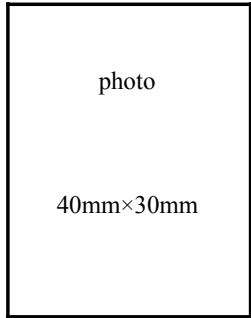




Laurus International School of Science
Preschool / Kindergarten School
Application for admission 入学願書



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 <input type="checkbox"/> F 男 女	3	Nationality 国籍		4	Date of birth 生年月日	(month/day/year)	5	Age 年齢		
Current Residential Address in Japan 日本の住所												
6	Postal code		Tel			*Effective from いつから()						
	Address						Fax					
	E-mail											
Please check 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。												
7	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 (1.5years old) <input type="checkbox"/> Galileo (2.5 years old)										
8	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()									
9	Course コース	<input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> 5h	Day 曜日	Mon / Tue / Wed / Thu / Fri / Sat								
10	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		(Given name 名)			(Family name 姓)			Nationality at birth 出生時の国籍		
	E-mail					Language/s 言語					
	Tel(mobile)					Tel(work)					
	Occupation ご職業					Company name 会社名					
	Company address 勤務地										
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		(Given name 名)			(Family name 姓)			Nationality at birth 出生時の国籍		
	E-mail					Language/s 言語					
	Tel(mobile)					Tel(work)					
	Occupation ご職業					Company name 会社名					
	Company address 勤務地										
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 学校名	Start date 入学年月日	Grade 学年	Finish date 卒業/退学年月日	Grade 学年	Language of instruction 指導/学習言語	Location 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? 4 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?												
	<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? 5 お子様の英検のレベルをお知らせください。												
	<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	1-1	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? 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？ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				

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。

Please be sure to let our staff know if your child has an allergy, asthma, a fever seizure or another condition before entering our school. We may refuse or postpone his/her entrance into our school depending on their condition. We cannot provide special support unless we receive a medical certificate or School Life guidance and management form.

アレルギー・熱性痙攣・喘息・その他の疾病がある場合、入園前に必ずお知らせください。アレルギーや疾病についての診断書や生活管理指導表を必ずご提出ください。症状によっては入園をお断り、もしくは延期させて頂く場合がございます。

I confirmed it. 確認しました

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				
2	2-1	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		2-2	Department/Doctor 診療科・担当医	
	2-3	Address 住所		2-4	Phone number 電話番号	
Additional Information その他特記事項						

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 / /

