



Laurus International School of Science

Application for admission 入学願書

photo
40mm×30mm

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	5 Age 年齢
3 Current Residential Address in Japan 日本の住所						
3	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 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
	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 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/風しん 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 / /

9. Religious Restrictions, Family Policy 宗教上又は家庭の方針による制限

1	
---	--

10.General Information

1	Does your child currently live in Japan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No お子さんは現在日本に住んでいますか？
	1-1 If yes,for how long? Yesの場合、何年前から？
	1-2 If no, when will your child arrive? Noの場合、来日はいつですか
2	How long do you intend to stay in Japan? 日本滞在予定年数
3	Does your child participate in After-School Activity? お稽古事 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

11. Application for Bus Service

1	<input type="checkbox"/> Round Trip 往復 <input type="checkbox"/> Pick-up only 往路のみ <input type="checkbox"/> Drop-off only 復路のみ Bus Stop バス停 ()
---	---

12. Application for Lunch Service

1	<input type="checkbox"/> School Lunch (size SS / S / M) <input type="checkbox"/> Home Lunch
---	---

Declaration 確認

I certify that the information provided in this form is complete and accurate. 上記に記載されている内容は正確であり記入漏れがないことを誓います。	
Signature of parent or guardian 保護者署名	Date 日付

For Office Use

Received by:	Database input by:	Enrolment fee
Date / /	Date / /	Date / / <small>Cash / Bank transfer</small>

事務チェック

<input type="checkbox"/> 入会書類一式お渡し	<input type="checkbox"/> 音読セット	<input type="checkbox"/> 制服オーダー	<input type="checkbox"/> 教材オーダー
<input type="checkbox"/> ご請求書発行	<input type="checkbox"/> フラッシュカード	<input type="checkbox"/> 制服お渡し	