Application Form 入学申込書

Please fill out the application form in English. (全てローマ字・ブロック体でご記入ください)

STUDENT'S PERSONAL INFORMATION 生徒の情報

01022.11012.1001.112.111011.111011	_ IC-+ 111 IK	Τ		
Student Name 氏名	Age 年齢	Sex 性別 (M/F)		
Address in China 中国での住所				
Home Phone 自宅電話番号	Fax ファックス番号	Date of Birth 誕生日		
		(mm-dd-yy)		
Place of Birth 出生地	Nationality 国籍	Passport Number パスポート		
		番号		
Names of brothers/sisters attending or applying to	 SLAS SLAS に一緒に通われる兄弟姉	 妹の氏名		
Address in Native Country 国籍のある国での住所	т			
Grade Level for SLAS Enrollment SLAS での N				
	adive Language 中国品			
入学希望学年				
	1 (B 1/1 B) #=T@1 \$1			
0 .,	Level of English Fluency 英語のレベル			
	Beginner Some Fluent			
年数	初級 中級 上級	ネイティブ		
Expected Length of Stay in Shanghai 上海で F	pected Length of Stay in Shanghai 上海で Preferred Start Date (mm-dd-yy) SLAS での初登校を希望される日			
の滞在予定年数				
Will the student be entering with a seat guarantee?				
座席確保システム(一定額の前払いすること)を利用されましたか?				

(Eligibility is limited to students who are not Chinese citizens) 外国籍の生徒のみ入学が許可されます

SIBLINGS' INFORMATION 兄弟姉妹の情報

Sibling's Name 兄弟氏名の氏名	Age 年齢	Grade 学年	Current School 現在の/最近まで通われていた学校名
Sibling's Name	Age	Grade	Current School
Sibling's Name	Age	Grade	Current School

580 Gan Xi Road, Changning District, Shanghai, China 200335

Tel: (8621) 6238-3511 Fax: (8621) 5218-0390 Website: www.laschina.org Email: info@laschina.org

EDUCATION HISTORY 就学履歴

School Last Attended 現在の/最近まで通われていた学校名	Last Grade Completed 最終履修学年				
Address of School その学校の住所					
Please list any outside school commitments. 学校外での活動についてご	記入ください				
Activities 活動名 Days of the Week 週に何日 Time (e.g. 4:30pm-6:30pm) 時間帯					
Has the student been tested for or recommended for any of the following the follo	ng:				
以下の項目について検査したり、検査を勧められたことがあります	か?				
Autism / Asbergers	Disorder/ADD or ADHD	□ Yes		No	
Dyslexia / Dyspraxia / Dysgraphiaロ Yes ロ No Emotional behave失読症感情コントロー		□ Yes		No	
Gifted or talented program 度を ロ Yes ロ No Global delays, de 越えて優秀な分野があるなど 発達障害	evelopmental delays	□ Yes		No	
Hearing□ Yes □ NoHyperactivity難聴度を越えて活動	的など	□ Yes		No	
Language and speech disorder	ity	□ Yes		No	
Physiotherapy □ Yes □ No Psycholinguistic 理学療法 精神障害	disorder	□ Yes		No	
Other (Please Specify): その他、明記してください					
2. Has the student received service in a special program (such as resource, special day, □ Yes □ No speech language, gifted and talented)? 特別なサポートなどを受けたことがありますか?					
3. Has the student ever been suspended or expelled from school? Uses No 停学や退学になったことがありますか?				No	
4. Has the student received individualized testing? If yes, please enclose test results. □ Yes □ No 個別で検査を受けたことがありますか?その場合は検査結果のコピーを添付してください。					
5. Does the student have a current IEP (Individualized Education Plan)? Use No 現在、個別教育サポートを受けていますか?					
6. Has the student exhibited behavior problems at home or in a school setting? Uses No ご家庭や学校で行動に異常がみられることがありますか?					
7. Has the student participated in behavioral management, counseling, or family therapy? □ Yes □ No 行動についてカウンセリングやセラピーを受けられたことがありますか?					

Note: Please explain any of the boxes checked Yes above on a separate piece of paper.

Yes がついた項目については別紙上で説明を加えて下さい。

 Tel:
 (8621) 6238-3511
 Fax: (8621) 5218-0390
 Website: www.laschina.org
 I
 Email: info@laschina.org

EMERGENCY CONTACT INFORMATION 緊急連絡先

Name of Neighbor/Friend その人の氏名

(In the event a parent or guardian could not be reached in an emergency, please list neighbors/friends who could be called.) 保護者や後見人に連絡がつかないときに連絡がつく人(隣人、友人など)の氏名、電話番号を記入してください。

Phone Number 電話番号

PARENT'S/GUARDIAN INFORMATION 保護者の情報	₽ The state of th	
Father's Name 父親の氏名	Nationality 国籍	
Cell Phone 携帯電話番号	Office Phone 会社の電話番号	
Fax ファックス番号	Email メールアドレス	
Employer's Name 雇用者名	Title / Position 役職	
Employer's Address 雇用者の住所		
Does the father understand spoken English?	□ Yes □ Some 少し □ None 全然	
英語が聞き取れますか?		
Does the father understand written English?	□ Yes □ Some 少し □ None 全然	
英語が読めますか?		
If not, which language(s)? 英語ができない場合、何語でのコ	ミュニケーションを希望されますか?	
Residing with Family? 家族と一緒に住んでいますか?	□ Yes □ No	
Mother's Name 母親の氏名	Nationality 国籍	
Cell Phone 携帯電話番号	Office Phone 会社の電話番号	
Fax ファックス番号	Email メールアドレス	
Employer's Name 雇用者名	Title / Position 役職	
Employer's Address 雇用者の住所		
Does the mother understand spoken English?	□ Yes □ Some 少し □ None 全然	
英語が聞き取れますか?		
Does the mother understand written English?	□ Yes □ Some 少し □ None 全然	
英語が読めますか?		
If not, which language(s)? 英語ができない場合、何語でのコミュニケーションを希望されますか?		
Residing with Family? 家族と一緒に住んでいますか?		
Guardian's Name 後見人の氏名	Nationality 国籍	
Cell Phone 携帯電話番号	Office Phone 会社の電話番号	
Fax ファックス番号	Email メールアドレス	
Relationship to student 生徒との続柄		

580 Gan Xi Road, Changning District, Shanghai, China 200335

Tel: (8621) 6238-3511 Fax: (8621) 5218-0390 Website: www.laschina.org Email: info@laschina.org

It is understood that one parent must reside with the student and that the school must be notified if both parents leave China. 少なくとも両親のどちらかが生徒と住んでいることを前提とします。両親ともに中国を離れられる時は必ず学校にご連絡下さい。

I hereby apply for admission of the above-named student to Livingston American School, Shanghai, China, and accept the rules and regulations of the school as outlined in the policies of the school board, application packet and school handbook. I certify that the information provided in this application is complete and correct. I understand a child may be discontinued enrollment from Livingston American School if any information provided in the application is incorrect, withheld, or omitted. 学校が示している決まりごと、ルールを理解した上で、上記の生徒に関して中国、上海にあるリビングストンアメリカンスクールへの入学を申請します。この申請書に記入された事項は完全かつ正確であることを証明します。もし後に、ここに記入された事項が不正確であったり、隠蔽されていたり、省略されていたことが発覚した場合、リビングストンアメリカンスクールは生徒の入学、および在校を拒否する権利をもつことを理解しています。

Signature サイン : Date 目付 (mm/dd/yy):