



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
<hr/> <hr/> <hr/>	
1. Has the student been tested for or recommended for any of the following: 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 自閉症	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Attention Deficit Disorder/ADD or ADHD 多動性障害	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Dyslexia / Dyspraxia / Dysgraphia 失読症	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Emotional behavioral disorder 感情コントロールの障害	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Gifted or talented program 度を 越えて優秀な分野があるなど	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Global delays, developmental delays 発達障害	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hearing 難聴	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hyperactivity 度を越えて活動的など	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Language and speech disorder 言語障害	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Learning disability 学習障害	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Physiotherapy 理学療法	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Psycholinguistic disorder 精神障害	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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, 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？	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3. Has the student ever been suspended or expelled from school? 停学や退学になったことがありますか？	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4. Has the student received individualized testing? If yes, please enclose test results. 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。	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
5. Does the student have a current IEP (Individualized Education Plan)? 現在、個別教育サポートを受けていますか？	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6. Has the student exhibited behavior problems at home or in a school setting? 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？	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
7. Has the student participated in behavioral management, counseling, or family therapy? 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？	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

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

注意: 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。



EMERGENCY CONTACT INFORMATION 緊急連絡先

(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。

Name of Neighbor/Friend その人の氏名	Phone Number 電話番号

PARENT'S/GUARDIAN INFORMATION 保護者の情報

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? 英語が聞き取れますか？	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Some 少し <input type="checkbox"/> None 全然
Does the father understand written English? 英語が読めますか？	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Some 少し <input type="checkbox"/> None 全然
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？	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? 英語が聞き取れますか？	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Some 少し <input type="checkbox"/> None 全然
Does the mother understand written English? 英語が読めますか？	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Some 少し <input type="checkbox"/> None 全然
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？	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

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	



Shanghai Livingston American School

Preparing students for academic and personal success.

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ー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、リビングストーンアメリカンスクールは生徒の入学、および在学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 日付 (mm/dd/yy):

Relationship to applicant 生徒との続柄 :