



## 2024 SUMMER ENRICHMENT REGISTRATION FORM (幼稚部)

2024年6月14日までに書類提出とお支払いを完了してください。

※申込書類は英語で記載してください。

Student Name 生徒氏名	Current Grade 在籍学年	Date of Birth (mm-dd-yy) 生年月日
Home Phone 自宅電話番号	Gender 性別 (男子 M / 女子 F)	Nationality 国籍
Home Address 自宅住所		
Parent's Name 保護者氏名	Email Address メールアドレス	
Work Phone 職場電話番号	Cell Phone 緊急連絡先 (携帯電話番号)	
Name of School 在籍校	School Address 学校所在地	

Please indicate your selection: 参加コースをお選びください

Courses	Time	6/24 – 8/2 (6 Weeks)
SLAS Tiniest (Half Day) Nursery – Pre-School (2- 3 yrs old)	08:30 - 12:20	<input type="checkbox"/> RMB 2,750 / week
SLAS Tiniest (Full Day) Nursery – Pre-School (2- 3 yrs old)	08:30 - 15:30	<input type="checkbox"/> RMB 3,760 / week
SLAS Minis (Half Day) Pre-K (4- 5 yrs old)	08:30 - 12:20	<input type="checkbox"/> RMB 2,750 / week
SLAS Minis (Full Day) Pre-K (4- 5 yrs old)	08:30 - 15:30	<input type="checkbox"/> RMB 3,760 / week

Please indicate the term(s) you wish to enroll: 参加期間にチェックをつけてください。

1 <sup>st</sup> week	2 <sup>nd</sup> week	3 <sup>rd</sup> week	4 <sup>th</sup> week	5 <sup>th</sup> week	6 <sup>th</sup> week
<input type="checkbox"/> 6/24 - 6/28	<input type="checkbox"/> 7/1 - 7/5	<input type="checkbox"/> 7/8 - 7/12	<input type="checkbox"/> 7/15 - 7/19	<input type="checkbox"/> 7/22 - 7/26	<input type="checkbox"/> 7/29 - 8/2

Lunch & Bus 幼稚部プログラム (半日および全日) に参加の全生徒は、下記に学校給食を申し込むか、自宅からお弁当を

持って来てください。半日保育は昼食後の帰宅になります。バスのお昼の運行や片道料金の設定はありませんので、半日保育の

場合は、おうちの方がランチ後の時間に学校にお迎えに来てください。

バスランチの利用有無についてお知らせください。

	6/24 – 8/2 (6 Weeks)	Total fees:	Remark:
Lunch	<input type="checkbox"/> RMB 175 / week		
Bus	<input type="checkbox"/> RMB 500 / week		



# Shanghai Livingston American School

*Preparing students for academic and personal success.*

☐ Sibling Discount (5% on tuition from 2nd child)  
兄弟割引の有無（受講料の低い方に 5%割引）

お支払い方法を下記から選択してください

兄弟児 (氏名 & 学年) \_\_\_\_\_

☐ Pay by cash  
現金

☐ Bank Transfer  
銀行振込

生徒のクラス配置については、申込人数や語学レベルをもとに SLAS が決定します。2024 年 6 月 14 日以降、サマースクール費用の返金請求には応じません。悪天候のための休校に対しての返金はいたしません。

☐ 上記をよく読み、同意しました。

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Signature  
保護者サイン

\_\_\_\_\_  
Date  
日付

## SLAS Bank Account Information:

Bank Name	First Sino Bank Hong Qiao Sub-Branch 富邦华一银行虹桥支行
Address	No.88 East RongHua Road, Changning Shanghai 201103, P.R.C 上海市荣华东道 88 号 201103
Phone	(86 21) 6295 1616
Account Name	Shanghai Livingston American School 上海李文斯顿美国外籍人员子女学校
Account Number	RMB A/C 50100001100004085 USD A/C 50100001200004087
SWIFT	FSBCCNSH
Note	Please write your child's English Name, Grade Level, and Summer Program on the copy of the bank voucher/remittance form and fax it to (86 21) 5218 0390 or email to <a href="mailto:info@laschina.org">info@laschina.org</a> for confirmation.



## Student Medical Record

※英語ブロック体で記載ください。

Please fill out the medical form in English.

Student Name	Grade	Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth (mm-dd-yy)
Address in China				
Mother's Cell phone:		Father's Cell phone:		

Is the student currently taking medication regularly? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
If so, what medication and for what purpose? 投薬の有無。Yes の場合は、下欄に詳細をご指示ください。
Has the student undergone surgery? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If so, please explain: 手術を受けたことはありますか? Yes の場合はご説明ください。
Does the student suffer from allergies? 下記、アレルギーはありますか? <b>アレルギー【</b>
Drug(s) 医薬品 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No      Environmental factors 環境要因 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Food(s) 食品 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No      Other (Please specify) その他、あれば記載ください
Does the student have any medical condition which would prevent him/her from participating fully in physical education classes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If so, please explain: 医療的な理由で体育活動に配慮の必要はありますか? Yes の場合は、ご説明ください。

**重篤な食物アレルギーのある生徒は受け入れができません。**

Family Doctor/Clinic Name	Phone Number
---------------------------	--------------

**MEDICINE AT SCHOOL 投薬の必要な場合は下記に詳細をご指示ください。**

If you wish to have medicine administered to your child by the school nurse you must provide the nurse in writing (in English):
1. The name of the medicine _____
2. The purpose of the medicine _____
3. The dosage and frequency of administration. _____
<b>Students are not permitted to have drugs or medications on their person. All such administrations must take place in the nurse's office under her supervision. 医薬品は、学校ナースによる使用に限ります。生徒による服用は禁止です。</b>

I certify that the information provided in this application is complete and correct. 上記の記載に間違いありません。	
Signature: _____ サイン	Date (mm/dd/yy): _____ 日付 (月/日/年)
Relationship to applicant: _____ 生徒との関係	