

Saint Annie's International School

1-5-3 TOMIGAYA, SHIBUYA, TOKYO, JAPAN. 151-0063

PHONE: 03-6407-9221 FAX: 03-6407-9238

Application for Admission 入園願書

※各質問のお答えは英語で記入してください

Photograph of applicant
approx. 5 cm x 5 cm

Application to enter **PS / KG / ES** in _____

入園・入学希望: Grade 学年 Month 月 Year 年

Applicant's name _____

園児名 (英字記入) Last 姓 First 名 Middle <生徒名 (漢字記入)>

What name does your child prefer to be called? _____ Nationality: _____

お子様の日常の呼び名は何ですか? _____ 国籍

Date of birth: _____ Sex: _____ Place of birth: _____

生年月日 Month 月 / Day 日 / Year 年 性別 出生地:

Applicant lives with: Both parents _____ / Father _____ / Mother _____ / Other (please specify) _____

両親と同居 父親と 母親と それ以外の場合は誰と同居していますか?

Languages spoken: _____ / _____ / _____

お子様の言語 First 第一 Second 第二 Third 第三:

Current mailing address: _____

現住所 / 連絡先:

Phone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Father's/Guardian's name 父または保護者氏名: _____

Nationality 国籍: _____

Father's place of Employment 父の勤務先: _____ Tel: _____

Mobile #: _____

Mother's/Guardian's name 母または保護者氏名: _____

Mother's place of Employment 母の勤務先: _____ Tel: _____

Nationality 国籍: _____

Mobile #: _____

Siblings 兄弟姉妹:

Name 名前 Sex 性別 Age 年齢 Grade 学年 Current school 学校名

Reasons for applying to Saint Annie International School: セイントアニー学園を選んだ理由:

Personal History お子様に関する記録

※各質問のお答えは英語で記入してください

Name of applicant 園児名: _____

Current or most recent school: 現在通学中、または最近まで通っていた幼稚園、学校など: _____

Name/Location 園名/学校名および所在地: _____

Current grade/class _____

Date entered/Age Grade/class Date withdrawn or Age completed last grade/class:

入園/入学日 / 年齢 学年/クラス 退園/転出日 年齢 最終学年/クラス

Primary language of instruction 教室での使用言語: _____

School year at current/most recent school begins in and ends in: その学校の学年度の始まる時期と終わる時期 始まり
終り: _____

Does your child have any special learning needs? Yes No 学習に特別指導を必要としますか? はい いいえ

If yes, what kind? どのような? _____

What are your child's extracurricular activities/commitments?

幼稚園または学校以外で過ごす時間はどのような活動をしていますか? _____

Please describe your child's personality:

お子様はどのような性格ですか _____

Can your child care for his/her bathroom needs? Yes No 自分でお手洗の用がたせますか? はい いいえ

How often do you read stories to your child? お子様に本を読んで聞かせる頻度はどのくらいですか? _____

What time does your child go to bed? 夜は何時に就寝させますか? _____

Does your child take an afternoon nap? Yes No お昼寝はさせていますか? はい いいえ

If yes, for how long? どのくらいの時間ですか? _____

The personal information provided will be used in an appropriate manner, consistent with the Personal Information Protection Act.

セイントアニー学園は個人情報保護法にのっとり、個人情報を適切に管理いたします。

Student's Health Form 園児健康フォーム

※各質問のお答えは英語で記入してください

Name of applicant 園児名: _____

Date of Birth: 生年月日 Mo 月 / Day 日 / Year 年 _____

Sex: **MALE** **FEMALE** (性別 男・女)

Emergency contact in Japan (Telephone) 日本での緊急連絡先 本人との関係 電話: _____

Doctor in Japan (if known) Doctor's telephone: 日本での医師 医師の電話: _____

Possible medical emergencies (asthma, diabetes, epilepsy, bleeding problems or others): **None** **Yes**

緊急処置を要する症状 (喘息、糖尿病、てんかん、出血症状、その他) の可能性: 無し 有り

If yes, please specify 有りの場合は詳細を明記してください _____

Physical limitations for regular physical education activities or school work: **None** **Yes**

通常の体育の授業参加に支障を来す身体的症状: 無し 有り

If yes, please specify (vision, hearing problems, etc.): 有りの場合は詳細を明記してください (視聴覚障害など)

Known Allergies: Drug / Reaction Food / Reaction Other

アレルギー症 薬品名 / 反応 食べ物 / 反応 その他

If yes, please specify the treatment: 有りの場合は対処療法の詳細を明記してください:

Serious Injuries/Accidents: **None** If yes, when? Any limitations?

大きな事故または負傷: 無し 有りの場合はいつ? 現在、障害がありますか?

Major Surgery (Operations): **None** If yes, when? Type? Any limitations?

大きな手術歴: 無し 有りの場合はいつ 種類 現在、障害がありますか?

Routine Medication: **None** If yes, why?

常用薬: 無し 有りの場合は理由

Is medication needed at school? **No** If yes, name of medication: Type of medication: Dosage:

学校にいる間の投薬: 無し 有りの場合、薬品名 薬品の種類 服用量

Any other health concerns/recent emotional upsets: **None** If yes, please specify:

その他の心身の状態で注意すべき事項: 無し 有りの場合は詳細を明記してください:

Immunizations 予防接種

※各質問のお答えは英語で記入してください

Please fill in last date in the order of month / day / year of those immunizations your child has received:

次の予防接種を受けた最近の日付を月・日・年の順に記入して下さい:

TB (Tine or PPD test), results B.C.G. ツベルクリン反応 month / day / year 結核予防ワクチン:

D.P. T. Polio 三種混合(ジフテリア、百日ぜき、破傷風) 小児マヒ:

Measles German Measles (Rubella) はしか 三日はしか:

Mumps Hepatitis B おたふくかぜ B 型肝炎:

Japanese Encephalitis Others 日本脳炎 その他:

Date of last tetanus toxin: month / year 最後に受けた破傷風の予防接種 日 月 年

Date of last physical exam: month year Unusual findings: 最後に受けた健康診断 日 月 年 特記すべき所見:

Medical consent: (This will be used only if we cannot contact you directly at the time of injury or illness.)

If I cannot be reached to give my consent to emergency procedures, I hereby give my permission for Saint Annie's International Kindergarten to seek medical treatment for my son or daughter in case of injury or illness which is incurred while participating in school-sponsored activities.

保健医療に関する合意書(緊急時に直接、保護者に連絡がつかない場合のみ適用) 私の子供が在学中に受けた負傷、または発病で緊急治療を要する場合、保護者に連絡がつかない時はセントアニー学園が適切な医療措置をとることを認めます。

Parent's (Guardian's) Signature (保護者の署名): _____ (印)

Date (日付): _____

We certify that the information provided on pages 1 through 4 of this application is complete and accurate. We understand that the admission procedures provide a professional assessment which determines student readiness for Saint Annie's International Kindergarten. We also understand that applicants are not automatically accepted. We respect your final decision and understand that a dual-language education is not appropriate for every student.

If, and for as long as, our child is enrolled in Saint Annie's Kindergarten, we agree to adhere to the rules and policies of the school and to comply with payment schedules as determined by the administration.

以上の願書の内容が正確かつ完全であり、また子供がセントアニー学園に在学中は、学校の規則に従い、学費も定められた期間内に支払うことを誓います。また、入園審査では子供のセントアニー学園への適性が専門的に判断され、セントアニー学園関係者であっても、自動的に入園が許可されるわけではないことを了解しています。二カ国語教育がすべての子供に適しているわけではないことも理解し、私は幼稚園が決める最終判断を受け入れます。

Signature of Parent or Guardian (保護者の署名) _____ (印)

Date (日付) _____