

SAINT ANNIE'S KINDERGARTEN

YAMATE: 120-17 YAMATE-CHO, NAKA-KU, YOKOHAMA, JAPAN

PHONE: 045 - 624-0064 FAX: 045 - 624-0064

YOYOGI: KISHI BLDG. 2F, TOMIGAYA 1-5-3, SHIBUYA-KU, TOKYO, JAPAN

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

Photograph of applicant
approx. 5 cm x 5 cm

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

Application to enter grade _____ in _____ 20_____

入園希望 学年 month 月 year 年

Applicant's name _____

児童名(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 携帯電話 _____

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

Nationality 国籍 _____

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

Mobile 携帯電話 _____

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: 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

Name of applicant お名前

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Date entered Age Grade/class Date withdrawn or Age completed last grade/class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

その学校の学年の始まる時期と終わる時期 始まり 終り

* Other schools/preschools 以前に通っていた幼稚園、学校など:

(1) 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Date entered Age Grade/class Date withdrawn or Age completed last grade/class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

* 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? Accelerated _____ Remedial _____ Learning disability _____ Other _____

どのようなニーズですか 飛躍進級 補習 学習障害 その他

Was special help given? Yes _____ No _____

特別な指導を受けていましたか はい いいえ

If yes, what kind? _____

どんな指導ですか

* 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

For applicants to Kindergarten and Preschool only: キンダーガーデン/プリスクール入園希望者のみお答えください

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。

We certify that the information provided on pages 1 through 3 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 Kindergarten. We also understand that applicants, including Saint Annie's Kindergarten community members, 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、また子供がセイ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イントアニー学園への適性が専門的に判断され、セイ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)

Ⓔ

Date (日付)

Student's Health Form 生徒の健康データ

Student's Name: _____

生徒名 Last(姓) First(名) Middle

Date of Birth: _____

生年月日 Mo 月 / Day 日 / Year 年

Entering Grade : _____

入園時の学年

School Year : _____

学年度

Sex: M F (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

• List 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 / Reaction

• アレルギー症 薬品名/ 反応 食べ物/ 反応 その他/ 反応

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

• Permission to give Children's Bufferin (Acetylsalicylic acid) for fever or pain: Yes No

• 必要時に鎮痛・解熱剤の小児用バファリン(アセチルサリチル酸)の投与を認めますか。 はい いいえ

• 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

- 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

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

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 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にのみ適用) 私の子供が在校中に受けた負傷、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イ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):

④

Date (日付):