



# OAKWOOD TOKYO INTERNATIONAL SCHOOL

写真

生徒情報:

	名	ミドルネーム	姓
お子様のお名前:			
入学希望日:			
生年月日 (西暦):		出生地:	
年齢 (月齢):		性別:	男 / 女
国籍:		宗教:	
第一言語:			
自宅で使う言語:			
現在の英語のレベル	流暢 / 限定的 / 初級 (ゼロ)		
電話番号:			
住所:			

該当クラス: \*ここは、学校側が記入します。

Nursery (保育ケア) 10ヶ月-3歳児	Pre-K 3-4歳児	K-1 4-5歳児	K-2 5-6歳児
----------------------------	----------------	--------------	--------------

両親共働きサポート : はい\_\_ いいえ\_\_

スクールランチ : はい\_\_ いいえ\_\_

スクールバス : はい\_\_ いいえ\_\_

通学のご希望日をご記入ください。

	月	火	水	木	金
半日 = H / 1日 = F					

学歴: 過去に通われていた学校がございましたらご記入願います。

学校名	期間	学年	1週間に何日	国

**保護者情報 1:**

お母様:	
国籍:	
宗教:	
勤務先:	
ご職業:	
勤務先住所:	
携帯電話番号:	
E-mail:	

**保護者情報 2:**

お父様:	
国籍:	
宗教:	
勤務先:	
ご職業:	
勤務先住所:	
携帯電話番号:	
E-mail:	

**ご兄弟情報:**

	名前	年齢	学校名	性別
ご兄弟				男 / 女
				男 / 女
				男 / 女

**何らかの支援を受けている場合:**

お子様が、教育、医療、心理、精神、行動等において何らかの外部支援サービスを現在受けている場合は、当該機関からの同意書や許可書の提出をお願いしております。これらの事前告知と提出がない場合、Oakwood Tokyo International Schoolは、入学やプログラムの提供を中止させて頂く場合がございます。

該当するプログラムや支援を現在受けている場合、マークを入れて下さい:

ESL / EAL

言語聴覚療法

補修/ 学習サポート

行動マネジメント

作業療法

認知 / 学力測定

心理カウンセリング

その他

上記にした場合、詳細を書いて下さい:

主な病歴や予防接種歴

健康状態: (該当する病歴に「✓」マーク、該当する接種済み予防接種に「V」と書いて下さい):

心臓障害	<input type="checkbox"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	てんかん	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>
A型/B型 肝炎	<input type="checkbox"/>	水疱瘡	<input type="checkbox"/>	偏頭痛	<input type="checkbox"/>	けいれん性発作	<input type="checkbox"/>
麻疹	<input type="checkbox"/>	おたふく風邪	<input type="checkbox"/>	破傷風	<input type="checkbox"/>	風疹	<input type="checkbox"/>
ジフテリア	<input type="checkbox"/>	百日風邪	<input type="checkbox"/>	湿疹	<input type="checkbox"/>	皮膚炎	<input type="checkbox"/>
感情障害	<input type="checkbox"/>	聴覚障害	<input type="checkbox"/>	視力障害	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>

アレルギー等: \_\_\_\_\_

その他: \_\_\_\_\_

私は、上記の記入が正確で適切であり、Oakwood Tokyo International School からさらに詳細な情報を求められた場合には、それに応じることを承諾します。

Oakwood Tokyo International School が、全ての生徒に安全な環境を等しく提供できるよう運営を行うことに、理解と協力を誓います。

保護者サイン (または押印)

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 年 (西暦)

保護者お名前 (活字体)