

APPLICATION FORM

KAILUA INTERNATIONAL SCHOOL

SAKAI Bld. 2-15-16 Maehara-nishi, Funabashi-shi, Chiba 274-0825, Japan

ATTACH
PHOTO OF
CHILD
HERE
写真添付

Class クラス : _____

Name of Child お子様の氏名 (ローマ字) : _____

Sex 性別 : M__ F__ Date of Birth 生年月日 : Y 西暦 _____ M 月 _____ D 日 _____

Residence Address 住所 : Zip Code 〒 _____

Permanent Address in Japan or home country(in the event of an emergency)緊急時における国内
又は本国の連絡先住所 : _____

Contact Number(s) for household 連絡先 : (TEL) _____ (FAX) _____

Cellular Phone(s)携帯 : (Mother 母) _____ (Father 父) _____

E-mail Address(es)メール : (Mother 母) _____
(Father 父) _____

E-mail Address(es)メール : (固定 PC) _____

Passport Nationality(ies) of Child お子様のパスポート上の国籍 : _____

With whom does the child live?(Include everyone in household)お子様と同居しているのは :

Father or Male Guardian 父親・男性保護者____ Mother or Female Guardian 母親・女性保護者____

Names of Siblings 兄弟姉妹の氏名 : Birth Date 生年月日 : School attending 学校:

List any other residents of Household その他に同居している人の氏名 :

Name 氏名 : _____ Relationship 続柄 : _____

Name 氏名 : _____ Relationship 続柄 : _____

Name of Father/Male Guardian 父親・男性保護者氏名 : _____

Passport Nationality パスポート上の国籍 : _____

Name of Mother/Female Guardian 母親・女性保護者氏名 : _____

Passport Nationality パスポート上の国籍 : _____

Original Parents are 両親は :

Living together with Child(ren)同居__ Separate 別居__ Divorced 離婚__

Occupational Information concerning Male Parent/Guardian(required, if employed)

父親・男性保護者の職業 :

Occupation/Title 会社名・職業・役職 : _____

Business Address 会社住所 : _____

Business Contact Numbers 会社連絡先 : (TEL) _____ (FAX) _____

(E-mail) _____

Occupational Information concerning Female Parent/Guardian (required, if employed)

母親・女性保護者の職業 :

Occupation/Title 会社名・職業・役職 : _____

Business Address 会社住所 : _____

Business Contact Numbers 会社連絡先 : (TEL) _____ (FAX) _____

(E-mail) _____

EMERGENCY CONTACT(IF PARENTS CANNOT BE REACHED)保護者以外の緊急連絡先 :

Name 氏名 : _____ TEL 電話番号 : _____ Relationship 続柄 : _____

Previous School(s) attended by applicant 以前通学していた学校 :

Name of School 学校名 : _____ Dates Attended 通学年度 : _____ Grades Attended 在学学年 : _____

We are(check one)チェックしてください :

Long-term or Permanent Residents of Japan 長期滞在・永住 : ___

Temporary residents of Japan 短期滞在中 ___

(If temporary, how many more months or years does your family intend to remain in Japan?)

短期滞在の場合はどの位の滞在予定ですか? : _____

Native Language(s) of Mother/Female Guardian 母親・女性保護者の母国語 : _____

Native Language(s) of Father/Male Guardian 父親・男性保護者の母国語 : _____

Language(s) spoken in child's home ご家庭で話す言語 : _____

Check if true 真実であればチェックしてください : ___

To the best of our knowledge, our child has no physical or learning disabilities that may interfere with the learning process or with full participation in school or in school-related activities. 私達の知る限りでは、子供に学校生活に支障となる身体的・学習障害はありません。

If there is any exception to this statement, please provide additional written information below and/or on additional paper if necessary, and a counselor's report, if available, at the time of application. If disabilities are suspected and/or the academic record is exceptionally weak, parents may be referred to a counselor or physician for full evaluation and testing of the child before admissions is finalized, as we only with to accommodate children we are confident will substantially benefit from our program. 上記に例外がある場合は詳細を明記下さい。また、医師等からの書類等があれば提出して下さい。お子様の入学は学校側が当校のプログラムがそのお子様の力を伸ばす

と確信があった場合のみ決定します。その為、障害の可能性がある場合等は医師等からの調査書を願う場合があります。
ります。_____

If there is anything else we should know about your family life or circumstances that may be relevant to your child's performance and involvement at school, please discuss it with us at the interview. その他、学校が把握していなければならない点は面談時にお話し下さい。

ACKNOWLEDGEMENT 承認

**I have thoroughly read and understood all the contents of the Parents Handbook.
Any misunderstanding that may arise in regards to rules and policies, I do not hold
the school responsible.**

私は、ハンドブックの内容全てを読み理解しました。この先、学校との間で規則と方針による解釈の違いが生じても、いかなる時でも、私はカイルーインターナショナルスクールに責任を求めません。

WE, AS PARENTS/GUARDIANS OF THE APPLICANT, AFFIRM THAT THE ENTREES MADE ON THIS APPLICATION FORM ARE TRUE AND ACCURATE IN EVERY DETAIL, AND HEREBY MAKE APPLICATION FOR OUR CHILD TO ATTEND HONOLULU INTERNATIONAL SCHOOL. 保護者として上記の記載に偽りのないことを証明します。

WE, AS PARENTS/GUARDIANS OF THE APPLICANT, READ ALL INFORMATION OF SCHOOL GUIDANCE AND RULES, AND UNDERSTAND AND FOLLOW.

保護者として学校規約を全て読み、理解し、従うことを誓います。

Child's Name: _____

Date: _____

Signature of Father/Male Guardian 父親・男性保護者の署名 : _____

Signature of Mother/Female Guardian 母親・女性保護者の署名 : _____

Signature of Parent(s) responsible for payment of School Fees 学費支払い者の署名 : _____

For Official Use

HEALTH HISTORY FORM

健康管理カード

Name of Child お子様の氏名 : _____

Sex 性別 : M__ F__ Date of Birth 生年月日 : Y 西暦 _____ M 月 _____ D 日 _____

Date of Anticipated Enrolment at Honolulu International School 入学希望日 : _____

Blood Type 血液型 : RH Normal Temperature 平熱 : _____ °C Height 身長 : _____ cm

Weight 体重 : _____ kg Dominant Hand 利き手 : _____

Fill out the following information regarding previous illnesses the above student has experienced. お子様が以前かかったことのある病気について記入してください。(予防接種済も記載してください):

ILLNESS 病名 : Date of Illness かかった年・月 : ILLNESS 病名 : Date of Illness かかった年・月 :

Chicken Pox 水疱瘡 : _____ Hepatitis 肝炎 : _____

Measles はしか : _____ Encephalitis 脳炎 : _____

Mumps おたふく風邪 : _____ Pneumonia 肺炎 : _____

German Measles 風疹 : _____ Tuberculosis 結核 : _____

Diphtheria ジフテリア : _____ Other(s) その他 : _____

Name of Home Doctor かかりつけの病院名 : _____

Address of Home Doctor 病院住所 : _____

Contact Numbers of Home Doctor 病院連絡先 : (TEL) _____

Name of the Doctor 担当医師名 : _____

Known Allergies (specify) アレルギー (詳細をご記入下さい) :

Drug 薬 : _____ Reaction 症状 : _____

Food 食物 : _____ Reaction 症状 : _____

Other その他 : _____ Reaction 症状 : _____

MEDICAL HISTORY(Elaborate as necessary)既往歴 (Yes の場合は詳細をご記入下さい) :

Asthma 喘息 : No__ Yes _____

Seizures 発作 : No__ Yes(type of seizure and frequency) 種類と頻度をご記入下さい :

Diabetes 糖尿病 : No__ Yes _____

Partial Color Blindness/ Weak-eyed 色盲・弱視 : No__ Yes _____

Difficulty in Hearing 難聴 : No__ Yes _____

Mentally and Physically handicapped 心身障害 : No__ Yes_____

Emotional or behavioral Concerns 感情・行動障害 : No__ Yes_____

Congenital abnormalities 先天性異常 : No__ Yes_____

Serious Injuries/Accidents 大きな怪我・事故 : No__ Yes __ (year and type) 年・種類

Resultant Limitations(if any)生活に制限がある場合は具体的に症状をご記入下さい :

Major Surgery/Operations 大きな手術 : No__ Yes__ (year and type) 年・種類

Medical procedures or physical assistance required during day 医療処置もしくは身体的補助を必要と
していますか? : No__ Yes_____

Is your child currently under medication for any illness or condition? 今現在何かの病気で治療を受
けていますか? : No__ Yes_____

I understand that if my child does not feel well at school or becomes ill, I will be contacted to come and pick him/her up as soon as possible. I also hereby give permission to Honolulu International School to take my child to a hospital or clinic if in the judgment of the school immediate or emergency care may be needed. Finally, I agree to take my child to a physician and/or to a professional counselor for full evaluation if the school suspects physical, learning or emotional difficulties. 子供の具合が悪くなったり病気にかかったりした場合、学校から連絡があり次第、できる限り早く子供を迎えに行きます。また、学校が緊急の診察や治療が必要であると判断した場合、学校が子供を病院へ連れて行くことを許可します。学校が身体・学習・感情に障害の恐れがあると判断した場合は、いつでも診察を受けに医師や専門家へ連れて行きます。

The above form has been completed accurately to the best of our knowledge.

私の知る限りこの書類の記入内容に相違はありません。

Signature of Parent(s) completing this form 本書類を記入された保護者の署名 :

Date 日付 : _____

※ 担当教師が適切な指導・対処を行うために正確なご記入をお願いいたします。

※ 記入漏れや虚偽の申告があったことに関して起きた事故等について、カイルアインターナショナルスクールでは責任を負えかねますのでご了承下さい。

Kailua International School

Sakai Bld. 2-15-16 Maehara-nisih, Funabashi-shi, Chiba 274-0825 Japan

寄付金募集のご案内

1. 寄付金募集の趣意

子どもたちにより良い生活・教育環境と更なる精神的・身体的支援を行うべく、下記の要領で寄付金の受付を行っております。

2. 寄付金の目的

KISでは子供達が安全に楽しく学校生活をおくれるよう、施設設備の充実・教材の充実・教員指導の充実を行います。

3. 寄付金の使途

寄付金により、より多くの施設設備を充実させ、子どもたちの教育的支援を図ってまいります。

4. 寄付金の種別

個人の場合……(1) 1口につき 50,000 円より 法人の場合……(2) 1口につき 100,000 円より

5. 寄付金のお振込先

ゆうちょ銀行 10510-43064831

株式会社カイルア