

BEACHLANDS SCHOOL

Application for enrolment as an International Student

(국제 학생을 위한 신청서)

이 서류는 학생의 부모님에 의해 작성이 되어져야 합니다. 모든 정보와 자료에 대해 자세하고 정확하게 답해 주시면 감사하겠습니다. 그리고 모든 정보는 개인 정보로 보완 됩니다.

개인 정보

학생 이름 _____

생년 월일 : _____ 성별 (0표 하세요): 남/여

부모님 성함:

어머니 _____

아버지 _____

집 _____

도시 _____

주소 _____

다른 연락처 _____

연락처: 집 전화 _____

회사 전화 _____

팩스 _____

E-mail _____

응급시 연락망 _____

응급시 누구와 연락이 됩니까? _____

New Zealand 연락망: 이름 _____ 전화번호 _____

학생과의 관계 _____

거주 상황

현재 살고 계시는 집의 유형은 무엇인가? (아파트, 주택, 등) _____

어디에서 살고 계시는가?(도시, 읍, 시골, 등) _____

아이들은 학교를 어떻게 다니는가?(걸어서, 버스, 기차, 등) _____

다른 자녀들은 있는가? 예/아니오 (0표 하세요)

만약 다른 자녀가 있으시면 이름과 나이 그리고 집에서 같이 생활하고 계시는지에 관해 작성해 주세요.

이름	나이	남성/여성	같이 살고 계십니까(예/아니오)

그 밖의 다른 사람과 함께 생활하고 있습니까?(엄마, 아빠, 삼촌, 이모, 할머니, 할아버지 등)

학생과의 관계	이름

보통 아이들은 누가 돌보게 됩니까? _____

부모님의 직업은 무엇입니까?

(어머니) _____

(아버지) _____

건강 정보

당신의 자녀는 이전에 질병을 가지고 있었던 적이 있습니까? 예/아니오

만약 있다면 무엇이였는지요? _____

뉴질랜드 아이들은 아래 제시된 질병 예방을 위해 예방 접종을 합니다. 당신의 자녀는 아래 제시된 예방 접종을 하였습니까:

백일해	디프테리아	결핵	파상풍	홍역
유행성 이하선염	풍진		척수성 소아마비	B형 간염

만약 당신의 자녀가 위의 제시된 것에 대한 예방 접종을 하지 않았을 경우 학교에서 학생들을 위해 예방 접종을 기회가 주어질 경우 당신은 당신의 자녀가 예방 접종 하는 것에 동의합니까?

예/아니오 대답해주시고, 동의하신다면 어떤 질병에 대한 예방 접종에 동의하시는지요? _____

당신의 자녀는 알레르기를 가지고 있는가?(예: 견과류나 밀 같은 음식 알레르기, 페니실린(항상제)나 초유 등의 병원 알레르기) _____

당신의 자녀는 이런 알레르기를 위해 병원에 간적이 있는가? _____

알레르기 병명을 적어 주시고 아이를 위해 어떤 것이 요구되어 지는가? _____

당신의 자녀는 아래 제시된 질병을 가졌던 경험이 있는가? (0표 하세요)

홍역	풍진	수두	볼거리	척수성 소아마비	말라리아
결핵	류머티즘 열	뇌 수막염	간염	바이러스	디프테리아

가족 중에 질병을 가지고 있는 사람이 있는가?(이 상황은 당신의 자녀를 위해 필요한 사항입니다.예: 음식 알레르기, 초유 알레르기) _____

당신의 자녀는 다른 어떤 특별한 검사나 꾸준한 진찰이 필요한 것이 있는가? _____

허가서

비치랜즈 학교 허가서

나 _____ 는 _____ 을 허가해 줄 것을
(부모님 성함) (자녀 이름)
원하는 바입니다.

학교 프로그램의 모든 학교 캠프나 출석한 것에 동의합니까? 예 / 아니오

이 모든 프로그램은 인터넷을 통해 알아 볼 수 있습니다.

나는 이 모든 지원서를 읽었으며 이해 하였습니다.

사 인

날 짜