



但以理国际学校 申请表

申请年级_____

* 此栏位是必填的。

第1部分: 基本资讯

孩子的资讯

全名*

姓氏 _____

中间名字 _____

名 _____

首选姓名 _____

性别*

☒ 男性

☐ 女士

出生日期* _____

护照/ ID*

签发地 _____ 编号 _____

国籍 _____ 签发日期 _____

到期日 _____

列出您孩子的任何其他国籍 _____

宗教 _____

语言*

所讲语言 _____ 口语能力 _____

书面能力 _____

泰国的家庭住址*

家庭住址 1 _____

家庭住址 2 _____

城市 _____

省 _____

国家 _____

邮政编码 _____

家用电话号码 _____

家长/监护人资讯

与孩子的关系* _____

全名*

姓氏 _____

中间名字 _____

名 _____

首选姓名 _____

性别*

● 男性

● 女士

出生日期* _____

护照ID*

签发地 _____ 编号 _____

国籍 _____ 签发日期 _____

到期日 _____

宗教 _____

语言*

母语 _____ 第二语言 _____

第三语言(如果适用) _____

联络*

手机号码 _____

电子邮件地址(考虑到环境保护及其延续性, 学校与家长的书面沟通大部分都是透过电子邮件发送的。请注明您希望接收班级通讯和其他学校资讯的电子邮件地址。)

职业*

公司名称 _____

位置 _____

办公地址 _____

办公室电话 _____

兄弟姐妹资讯(如果适用)

与孩子的关系* _____

全名*

姓氏 _____

中间名字 _____

名 _____

首选姓名 _____

性别*

- 男性
- 女士

出生日期* _____

学校(如果适用)*

学校名称 _____ 年级 _____

第二部分:入学相关资讯

注册 **DIS**

期望的入学月份和年份* _____

期望班级/年级*(请注意,学校保留根据孩子的年龄、发展和之前的学校经验以决定孩子班级安排的权利。) _____

以前就读的学校过去 3 年:

出席期间(日/月/年)*

从到 _____

学校资讯*

学校名称 _____

教学语言 _____

课程类型 _____

地址 _____

城市 _____

省 _____

国家 _____

关于孩子适应学校的问题

您的孩子除了母亲或父亲之外还有主要照顾者吗?*

- 是
- 否
- 不肯定

关于您的孩子,还有什么我们该了解的吗?*

- 是
- 否
- 不肯定

如果是,请解释一下。

向家长/监护人提出的问题

您为您的孩子在早期和/或小学阶段设定的目标是什么？*

为孩子制定的早期的目标是全方面发展。培养孩子的品格和言行举止，与学习习惯。再就是孩子的兴趣爱好，帮助他们发掘自己的热爱，有助于锻炼身心健康。

您认为您的家人在哪些方面需要支持或协助？（如果是，请解释一下。）*

无

作为家长，您是否有愿意与学校的孩子分享的嗜好/兴趣？（如果是，请解释一下。）*

无

您愿意在学校担任志愿者，担任助理、代课教师、家长和教师助理成员、学校委员会成员等吗？（如果是，请说明以什么身分。）*

是的，我愿意尽我所能提供志愿服务。

除了 DIS 之外，您对孩子未来的教育计划是什么？*

我希望我的孩子能在多方面成长，成为一个与神深深相连的人。此外，支持他们的学业追求、才能和兴趣。

第 3 部分：医疗相关信息

一般资讯

种族* _____

血型* _____

高度（以公分为单位）* _____

重量（公斤）* _____

疫苗接种史

请以日/月/年格式提供疫苗接种日期。*

白喉 1 _____
白喉 2 _____
白喉 3 _____
白喉 4 _____
口说 1 _____
口说 2 _____
口说 3 _____
口说 4 _____
卡介苗(结核菌): _____
麻疹/腮腺炎/德国麻疹 (MMR): _____
破伤风: _____
BCG 日期_____
MMR 日期_____
破伤风日期_____

请向我们提供疫苗接种记录的副本。*

健康状况及关注点

请检查以下任何可能适用于孩子的条件。*

过敏	● 是	● 不	● 不肯定
气喘	● 是	● 不	● 不肯定
心脏问题	● 是	● 不	● 不肯定
糖尿病	● 是	● 不	● 不肯定
肝炎	● 是	● 否	● 不肯定
皮肤问题	● 是	● 否	● 不肯定
抽搐/癫痫	● 是	● 否	● 不肯定
视力问题	● 是	● 否	● 不肯定
听力问题	● 是	● 否	● 不肯定
语言问题	● 是	● 否	● 不肯定
耳朵感染	● 是	● 否	● 不肯定
月经状况	● 是	● 否	● 不肯定
骨科问题	● 是	● 否	● 不肯定
肾脏/泌尿道感染	● 是	● 否	● 不肯定

过敏	● 是	● 不	● 不肯定
气喘	● 是	● 不	● 不肯定
心脏问题	● 是	● 不	● 不肯定
糖尿病	● 是	● 不	● 不肯定
肝炎	● 是	● 否	● 不肯定
皮肤问题	● 是	● 否	● 不肯定
抽搐/癫痫	● 是	● 否	● 不肯定
视力问题	● 是	● 否	● 不肯定
听力问题	● 是	● 否	● 不肯定
语言问题	● 是	● 否	● 不肯定
耳朵感染	● 是	● 否	● 不肯定
月经状况	● 是	● 否	● 不肯定
学习需求	● 是	● 否	● 不肯定
其他的	● 是	● 否	● 不肯定

有关上面勾选“是”的项目的附加资讯。*

学校应了解的任何其他已知的医疗状况或健康问题。*

无

上述任何条件或问题是否妨碍参加体育课？*

● 是 ● 否

如果是, 请提供医生的确认。

孩子是否接受过任何职能治疗或语言治疗？*

● 是 ● 否 ● 不肯定

孩子是否接受教育心理学家或专家的评估？*

● 是 ● 否 ● 不肯定

孩子是否曾遭受身体虐待？*

● 是 ● 否 ● 不肯定

您的孩子是否患有任何传染病, 例如水痘或 H1N1？*

- 是
- 否

如果是, 请提供详细资讯。

您的孩子曾经患过严重疾病、意外或手术吗? *

- 是
- 否

如果是, 请提供详细资讯。

过敏

您的孩子有食物过敏吗? *

- 是
- 否
- 不肯定

如果是, 请提供详细资讯。

您的孩子有药物过敏吗? *

- 是
- 否
- 不肯定

如果是, 请提供详细资讯。

医生

姓名

名字 _____ 姓氏 _____

电话号码 _____

医院/诊所名称 _____

医院/诊所地址 _____

紧急联络人(父母或监护人除外)

名* _____

姓* _____

学生与紧急联络人的关系* _____

手机号码* _____

国际生需提交的文件(请提交以下文件。)

- 护照尺寸的学生照片(2x2"照片)
- 学生疫苗接种记录的副本
- 学生出生证明副本
- 学生身分证明
- 儿童护照影副本及非移民「Ed」签证影副本
- 父亲、母亲或监护人的护照或身分证影副本
- 之前学校的转学通知信

- 过去2年的学校报告/成绩单(英文)或正式翻译成英文。(如果可供使用的话)
- 申请人之前学校的推荐信(英文)(如果有)

我们确认上述资讯是完整且真实的。我完全同意DIS联系我孩子以前的学校。此外, 我们已阅读 DIS 家长手册并同意遵守其中的规则 and 规定。

- 我们接受学校的条件。
- 勾选此方块即表示您确认已阅读并了解DIS 个人资料保护政策, 并特此同意根据收集、使用和保留该资讯的指南向DIS 提交您的个人资料并授予其存取权限以及本政策和泰国 PDPA赋予您的权利。

家长/监护人签名: _____TaoMa_____

家长/监护人姓名: _____

日期(日/月/年): _____May 17, 2025_____