



APPLICATION FORM ใบสมัคร

Write in **BLOCK CAPITALS-ENGLISH** only.

กรอกเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น

Please complete all sections, attach all required documents, sign and date the form.

กรุณากรอกรายละเอียดให้ชัดเจน แนบเอกสารที่จำเป็นทั้งหมด ลงลายมือชื่อ และวันที่ในแบบฟอร์ม

PHOTO

Student ID Number: 0000

STUDENT INFORMATION ข้อมูลนักเรียน

First Name ชื่อ:	Family Name นามสกุล:	Preferred Name ชื่อเล่น:
Name in Thai ชื่อนามสกุลภาษาไทย: (Thai students only)		Gender เพศ: <input type="checkbox"/> Male ชาย <input type="checkbox"/> Female หญิง
Date of Admission วันเริ่มเรียน: Year Group ระดับชั้นปี:	Date of Birth วันเกิด: (DAY/MONTH/YEAR) Age of Entry อายุเมื่อเริ่มเรียน:	Nationality สัญชาติ: Religion ศาสนา:
Passport No เลขพาสปอร์ต: Place of Issue ประเทศที่ออก:	Date of Issue วันที่ออก: Expiry Date วันหมดอายุ:	Thai ID No เลขบัตรประชาชน:
Siblings at Bloomsbury (Name/Year): มีพี่น้องเรียนที่นี่ ชื่อและระดับชั้นปี		

PARENT / GUARDIAN INFORMATION ข้อมูลของผู้ปกครอง

	FATHER บิดา	MOTHER มารดา
Name/Surname: ชื่อ/นามสกุล		
Nationality: สัญชาติ		
Home Address: ที่อยู่		
Business Address: (Name) ชื่อและที่อยู่บริษัท		
Position: ตำแหน่ง		
Type of Business: ประเภทธุรกิจ		
Telephone (Home): เบอร์โทรศัพท์ บ้าน		
Telephone (Work): เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน		
Telephone (Mobile): เบอร์มือถือ		
Email: อีเมล		

Guardian's Name ชื่อผู้ดูแล: Contact Address ที่อยู่สำหรับติดต่อ: Email อีเมล: Tel. (Home):	Where parent have different addresses, please indicate where child lives? หากผู้ปกครองมีที่อยู่แตกต่างจากนักเรียน กรุณาแจ้งที่อยู่ของเด็ก Tel. (Mobile):
--	--

EDUCATION HISTORY ประวัติทางการศึกษา

Previous School โรงเรียนเดิม	Year / Grade ระดับชั้นเรียน	Attended from – to เข้าศึกษาตั้งแต่ปี – ปี
1		Month & Year
Country ประเทศ:	Language of Instruction ภาษาที่ใช้ในการสอน:	
Reason for Leaving เหตุผลที่ลาออก:		
2		Month & Year
Country ประเทศ:	Language of Instruction ภาษาที่ใช้ในการสอน:	
Reason for Leaving เหตุผลที่ลาออก:		

ACADEMIC INFORMATION ข้อมูลทางการศึกษา

Please indicate your child's กรุณาแจ้งข้อมูลดังต่อไปนี้

Favourite subject(s)

วิชาที่ชอบ

Most successful subject(s)

วิชาที่ดีที่สุด

Weakest subject(s)

วิชาที่อ่อน

Languages ภาษาต่างประเทศ

First Language ภาษาแรกที่ใช้:	Language Most Spoken ภาษาที่ใช้ที่บ้าน:	Other Languages Spoken ภาษาอื่นๆ:
-------------------------------	---	-----------------------------------

Details of specific language skills: (please tick the boxes below that best describe the student's level/standard in each area.) รายละเอียดเฉพาะของทักษะทางภาษา (กรุณาทำเครื่องหมายที่ช่องด้านล่างเพื่ออธิบายระดับของนักเรียนในแต่ละทักษะ)

A. Fluent คล่อง B. Advanced ระดับสูง C. Intermediate ระดับกลาง D. Beginner ระดับเบื้องต้น

Foreign Languages ภาษาต่างประเทศ	Understanding ความเข้าใจ				Speaking การพูด				Reading การอ่าน				Writing การเขียน			
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
English Language ภาษาอังกฤษ																
Thai Language ภาษาไทย																
Chinese Language ภาษาจีน																
Other Languages ภาษาอื่น ๆ:																
Other Languages ภาษาอื่น ๆ:																
Other Languages ภาษาอื่น ๆ:																

English Learning Experience ประสบการณ์การเรียนภาษาอังกฤษ

How many years has your child been learning English? นักเรียนเรียนภาษาอังกฤษมาแล้วกี่ปี

How many years has your child attended English speaking school? เคยเรียนโรงเรียนที่สอนเป็นภาษาอังกฤษมาแล้วกี่ปี

Has your child passed any English language tests; PET/KET etc.? If yes, name of the tests

เคยสอบภาษาอังกฤษ เช่น PET/KET มาก่อนหรือไม่ ถ้าเคยกรุณาแจ้งชื่อการสอบนั้นๆ

ADDITIONAL INFORMATION ข้อมูลเพิ่มเติม**Interests and hobbies:**

สิ่งที่สนใจและงานอดิเรก

1	Favourite sports กีฬาที่ชอบ	Played for yrs เล่นมาแล้วกี่ปี	Level achieved (e.g. school or area team) ระดับความสามารถ
2	Favourite sports กีฬาที่ชอบ	Played for yrs เล่นมาแล้วกี่ปี	Level achieved (e.g. school or area team) ระดับความสามารถ
3	Favourite sports กีฬาที่ชอบ	Played for yrs เล่นมาแล้วกี่ปี	Level achieved (e.g. school or area team) ระดับความสามารถ

1	Musical instrument played เครื่องดนตรีที่เล่น	Played for yrs เล่นมาแล้วกี่ปี	Level achieved (e.g. school or area team) ระดับความสามารถ
2	Musical instrument played เครื่องดนตรีที่เล่น	Played for yrs เล่นมาแล้วกี่ปี	Level achieved (e.g. school or area team) ระดับความสามารถ
3	Musical instrument played เครื่องดนตรีที่เล่น	Played for yrs เล่นมาแล้วกี่ปี	Level achieved (e.g. school or area team) ระดับความสามารถ

Any awards achieved? รางวัลที่เคยได้รับ

What are your child's particular strengths and interests? บุตรหลานของท่านสนใจหรือมีความสามารถพิเศษทางด้านใดหรือไม่

FURTHER INFORMATION

Please indicate the priority contact where documents should be sent (can be more than 1)

กรุณาแจ้งชื่อผู้ติดต่อและที่อยู่สำหรับการส่งเอกสารโรงเรียน (สามารถระบุได้มากกว่า 1)

❖ Correspondence, invoice and report to be sent to ใบบอรับ ใบแจ้งหนี้ และเอกสารส่งที่ :

 Father บิดา Mother มารดา Guardian ผู้ดูแล (at Home ที่บ้าน at Work ที่ทำงาน)

Company please indicate details หากเบิกในนามของบริษัท กรุณาระบุที่อยู่.....

I certify that the above statement are true and correct and understand that any false or misleading statements will result in the rejection of the application of the need to review your child's smooth transition through the school if they have already been admitted. ข้าพเจ้าขอรับรองข้อมูลที่ให้ข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และเข้าใจว่าหากมีข้อความอันเป็นเท็จใด ๆ จะส่งผลถึงการปฏิเสธการสมัครของนักเรียนได้

Signature ลายมือชื่อ

Full Name ชื่อเต็ม

PARENT'S CONSENT FOR TAKING IMAGES AND VIDEOS

Students may be photographed or filmed as part of normal school activities or classes. These photos, films or samples of work may be used in presentations, displays, or in our own booklets, newsletters or publicity. Published photos will not be accompanied by student name unless permission has been sought from the parent. โรงเรียนอาจมีการถ่ายภาพ หรือถ่ายทำวิดีโอนักเรียน ซึ่งเป็นกิจกรรมปกติของโรงเรียนหรือในระดับชั้น ซึ่งการถ่ายภาพ วิดีโอ หรือผลงานต่าง ๆ ของนักเรียนอาจจะมีกรนำมาใช้แสดง จัดแสดง หรือใช้สำหรับการพิมพ์ลงสมุด ข่าวสารโรงเรียน หรือแสดงต่อที่สาธารณะ รูปถ่ายจะไม่ระบุชื่อของนักเรียนนอกเหนือจากโรงเรียนได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองเท่านั้น

If you would not like your son/daughter to be photographed, or be part of a video or their work electronically published please tick here

ถ้าหากท่านไม่ต้องการให้โรงเรียนถ่ายรูปหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิดีโอที่โรงเรียนถ่ายทำ กรุณาระบุในช่องนี้

Signature
ลายมือชื่อ

Relationship to student
ความสัมพันธ์กับนักเรียน

Date
วันที่

ADDITIONAL INFORMATION FOR A LEVEL STUDENT

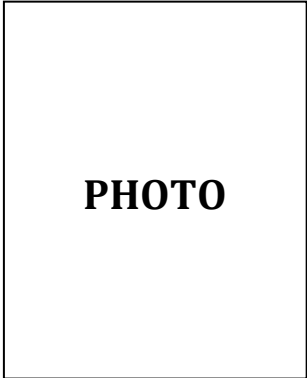
For Sixth Form applicant (Year 12 and Year 13) please complete the following information:

Completed IGCSE subjects and grades		IGCSE subjects to be completed and the expected grades	
Subjects	Actual grades	Subjects	Expected grades
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Proposed A Level subjects

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Student ID Number: 0000



STUDENT MEDICAL HISTORY ประวัติทางการแพทย์ของนักเรียน

First Name ชื่อ:	Family Name นามสกุล:	Preferred Name ชื่อเล่น:
Year Group: ระดับชั้นปี	Date of Birth: (DAY/MONTH/YEAR) วันเกิด	Gender เพศ: <input type="checkbox"/> Male ชาย <input type="checkbox"/> Female หญิง
Home Address: ที่อยู่	Telephone (Home): เบอร์โทรศัพท์บ้าน	
Father บิดา: Home Address: ที่อยู่	Telephone (Mobile) เบอร์มือถือ:	
Mother มารดา: Home Address: ที่อยู่	Telephone (Mobile) เบอร์มือถือ:	
Guardian ผู้ดูแล: Home Address: ที่อยู่	Telephone (Mobile) เบอร์มือถือ:	

Blood Type กรุ๊ปเลือด: A B AB O RH: Positive + Negative -

Height ส่วนสูง: Weight น้ำหนัก:

Does your child suffers from, or has suffered from any of the following? Please include investigation and diagnosis. บุตรหลานของท่านเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ กรุณาใส่ข้อมูลการรักษาและอาการที่พบ

Asthma หอบหืด	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Convulsion/Seizures โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Diabetes โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Digestive illness (e.g. IBS) อาการอักเสบของระบบทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Fits, fainting or blackouts อาการหน้ามืด เป็นลม	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Migraine headaches อาการปวดไมเกรน	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Heart problems โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Orthopedic disorders ความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Period pain อาการปวดประจำเดือน	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Persistent nosebleeds เลือดกำเดาไหล	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Urinary tract problem กระเพาะปัสสาวะอักเสบ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Recurrent sore throat or ear problem อาการเจ็บคอและปัญหาทางการได้ยิน	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Other allergies โรคภูมิแพ้อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	If yes, please give details of allergic responses: กรุณาระบุอาการภูมิแพ้	

Treatment you usually give for acute episode: กรุณาระบุวิธีการรักษา

Please explain any indicated condition(s) specifying information that would help the school to take good care of student during the school day. It is very important to inform the school nurse or class teacher regarding any serious conditions for immediate treatment. กรุณาระบุรายละเอียดของอาการที่ท่านต้องการให้โรงเรียนดูแลเป็นพิเศษ เพื่อการรักษาที่ทันเวลาที่

Has your child suffered from any of the following? If yes, please give date บุตรหลานของท่านเคยเป็น		
Chicken Pox โรคอีสุกอีใส	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Date วันที่พบอาการ
Mumps โรคคางทูม	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Date วันที่พบอาการ
Whooping Cough อาการไอกรน	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Date วันที่พบอาการ
Has your child ever had surgery or major injury? บุตรหลานของท่านเคยมีการผ่าตัด		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Has your child had persistent pain the back, joints or any injuries? บุตรหลานของท่านเคยได้มีอุบัติเหตุที่หลัง ข้อต่อ หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
If yes, please give details and recommendations about treatment ถ้าเคย กรุณาอธิบายและแนะนำวิธีการรักษาที่เคยใช้		
Has your child been immunized against บุตรหลานของท่านเคยได้รับวัคซีน		
Tetanus โรคบาดทะยัก	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Diphtheria โรคคอตีบ
Pertussis (Whooping Cough) โรคไอกรน	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis A โรคไวรัสตับอักเสบ เอ
Hepatitis B โรคไวรัสตับอักเสบ บี	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Polio โรคโปลิโอ
Measles โรคหัด	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Mumps โรคคางทูม
Chicken Pox โรคอีสุกอีใส	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Has your child been diagnosed by a physician with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) or another learning disorder? บุตรหลานของท่านมีภาวะสมาธิสั้นหรือภาวะการเรียนรู้อื่น ๆ หรือไม่		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Date Diagnosed วันที่พบอาการ	Medicine(s) ยาที่ใช้	
Specifying information that would help the school to take good care of student during the school day การดูแลพิเศษที่ต้องได้รับขณะอยู่โรงเรียน		
Is there anything you wish to add which you consider relevant to your child's physical, social, developmental or emotional health? ท่านมีสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสังคม พัฒนาการและสุขภาพจิตของบุตรหลานที่โรงเรียนควรทราบหรือไม่		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
If yes, please give details ถ้าใช่ กรุณาระบุข้อมูล		
Participation การเข้าร่วมกิจกรรม		
Are there any reasons why your child cannot take part in normal school activities? มีเหตุผลอื่นใดหรือไม่ที่บุตรหลานของท่านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนได้		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Are there any reasons why your child cannot take part in outdoor activities such as PE and water sports? มีเหตุผลอื่นใดหรือไม่ที่บุตรหลานของท่านไม่สามารถร่วมกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น เรียนวิชาพลศึกษาและกีฬาทางน้ำ		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Insurance Information ข้อมูลประกันสุขภาพ		
Does your child have health insurance? บุตรหลานของท่านมีประกันสุขภาพหรือไม่	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Insurance Company ชื่อบริษัทประกัน
Does your child have accident insurance? บุตรหลานของท่านมีประกันอุบัติเหตุหรือไม่	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Insurance Company ชื่อบริษัทประกัน

Note: It is important that parents provide the accurate and updated health condition throughout the year for the school nurse to give the appropriate care to your child.

กรุณาให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เพื่อพยาบาลจะสามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง



THE ADMINISTERING OF TYLENOL แบบยินยอมให้รับประทานยาไทลินอล (พาราเซตามอล)

The administering of all medications requires written permission from parents and this must be kept in the Clinic and be administered by the School Nurse only. การให้ยาเด็กจะต้องมีใบอนุญาตยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง และใบยินยอมนี้จะเก็บไว้ที่คลินิกของโรงเรียน พยาบาลเป็นบุคคลเดียวเท่านั้นที่จะมีสิทธิ์ให้ยาแก่เด็กได้

With your permission, the school nurse may give your child Tylenol or its equivalent for minor aches and pains such as headache, toothache, dental pain, stomachache, menstrual cramp, or fever. Please indicate, sign and date the section below. ข้าพเจ้ายินยอมให้พยาบาลของโรงเรียนให้ยาพาราเซตามอลหรือเทียบเท่าแก่เด็กได้ เพื่อรักษาอาการปวด เช่น ปวดศรีษะ ปวดฟัน ปวดท้อง ปวดเกร็งช่องท้องเนื่องจาก ประจำเดือน หรือมีไข้ เป็นต้น กรุณาระบุชื่อและวันที่ด้านล่างให้เรียบร้อย

- Nurse has my consent to give (Child's name) _____ my son/daughter, Tylenol or its equivalent during the school time.

ข้าพเจ้ายินยอมให้พยาบาลให้ยาไทลินอล (พาราเซตามอล) หรือเทียบเท่าแก่บุตรของข้าพเจ้าตามชื่อข้างต้นได้ หากมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นอยู่ในโรงเรียน

- Please do not give my son/daughter Tylenol or its equivalent at school.

กรุณาอย่าให้ยาไทลินอล (พาราเซตามอล) หรือเทียบเท่าให้กับเด็ก

Signature

ลายมือชื่อ

Relationship to student

ความสัมพันธ์กับนักเรียน

Date

วันที่

