



APPLICATION FORM ใบสมัคร

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

กรอกเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น

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

กรุณากรอกรายละเอียดให้ชัดเจน แนบเอกสารที่จำเป็นทั้งหมด ลงลายมือชื่อ และวันที่ในแบบฟอร์ม

PHOTO

Student ID Number:

STUDENT INFORMATION ข้อมูลนักเรียน

First Name ชื่อ	Family Name นามสกุล	Preferred Name ชื่อเล่น
Name in Thai ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) (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 Age of Entry อายุเมื่อเริ่มเรียน	Nationality สัญชาติ Religion ศาสนา
Passport No หมายเลขพาสปอร์ต Place of Issue ประเทศที่ออก	Date of Issue วันที่ออก Expiry Date วันหมดอายุ	Thai ID No เลขบัตรประชาชน
Siblings at Bloomsbury (Name/Year) พี่น้องที่เรียนที่นี่ (ชื่อและระดับชั้นปี)		

PARENT / GUARDIAN INFORMATION ข้อมูลของผู้ปกครอง

	FATHER บิดา	MOTHER มารดา
Name/Surname: ชื่อ/นามสกุล		
Nationality: สัญชาติ		
Home Address: ที่อยู่		
Position: ตำแหน่ง		
Facebook: เฟซบุ๊ก		
Line: ไลน์		
Telephone (Work): หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน		
Telephone (Mobile): หมายเลขโทรศัพท์มือถือ		
Email: อีเมล		

Guardian's Name ชื่อผู้ดูแล: Contact Address ที่อยู่สำหรับติดต่อ: Email อีเมล: Tel. (Home):	If the parents have different addresses, please indicate your child's address. หากผู้ปกครองมีที่อยู่แตกต่างจากนักเรียน กรุณาแจ้งที่อยู่ของนักเรียน Tel. (Mobile):
--	---

EDUCATION HISTORY ประวัติทางการศึกษา

Name of Previous School โรงเรียนเดิม	Year / Grade ระดับชั้นเรียน	Years attended from – to ปีที่เข้าและออก
1		
Country ประเทศ:	Language of Instruction ภาษาที่ใช้ในการสอน:	
Reason for Leaving เหตุผลที่ลาออก:		
2		
Country ประเทศ:	Language of Instruction ภาษาที่ใช้ในการสอน:	
Reason for Leaving เหตุผลที่ลาออก:		

ACADEMIC INFORMATION ข้อมูลทางการศึกษา

Languages ภาษาค้างประเทศ		
First Language ภาษาแรกที่ใช้:	Language Most Frequently Spoken ภาษาที่ใช้บ่อยที่สุด:	Other Languages Spoken ภาษาอื่น ๆ:

Details of each subject grade: (please tick the boxes below that best describe the student's level/standard in each area).

รายละเอียดเกรดแต่ละวิชา (กรุณาทำเครื่องหมายที่ช่องด้านล่างเพื่ออธิบายระดับของนักเรียนในแต่ละทักษะ)

Subject	Y 4 / P.3				Y 5 / P.4				Y 6 / P.5				Y 7 / P.6				Y 8 / M.1				Y 9 / M.2			
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
English Language ภาษาอังกฤษ																								
Thai Language ภาษาไทย																								
Mathematic คณิตศาสตร์																								
Science วิทยาศาสตร์																								
History ประวัติศาสตร์																								
Art ศิลปะ																								

FURTHER INFORMATION

Please indicate the main contact(s) to whom school documents should be sent (more than one can be specified)

กรุณาแจ้งชื่อผู้ติดต่อและที่อยู่สำหรับการส่งเอกสารโรงเรียน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ท่าน)

❖ Correspondence, invoices and reports should be sent to ใบบทอรับ ใบบ้างนี้ และเอกสารส่งที่:

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

Company Name and address details:

หากเบิกในนามของบริษัท กรุณาระบุที่อยู่

I hereby certify that the statements and other items of information above are true and correct. I understand that if any false or misleading statements are made, this will result in the cancellation of this application and of any enrolment ensuing there from.

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อมูลที่ให้ข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า หากมีข้อความใด ๆ อันเป็นเท็จ จะส่งผลถึงการยกเลิกการสมัครของนักเรียนได้

Signature ลายมือชื่อ	Full Name ชื่อเต็ม
----------------------	--------------------

*Facebook:

Line:

PARENT'S CONSENT FOR TAKING IMAGES AND VIDEOS

I understand that students and their work may be photographed or filmed during school activities or classes. I hereby extend my consent for any such photographs or films that may be used by the school in presentations, displays or information materials. I further understand that published photographs of my child will not be accompanied by the latter's name unless I expressly extend prior permission.

โรงเรียนอาจมีการถ่ายภาพ หรือถ่ายทำวีดิทัศน์นักเรียน ซึ่งเป็นกิจกรรมปกติของโรงเรียนหรือในระดับชั้น ซึ่งการถ่ายภาพ วีดิทัศน์ หรือผลงานต่าง ๆ ของนักเรียนอาจจะมีการนำมาใช้แสดง จัดแสดง หรือใช้สำหรับการพิมพ์ลงสมุด ข่าวสาร โรงเรียน หรือแสดงต่อที่สาธารณะ รูปถ่ายจะไม่ระบุชื่อของนักเรียนนอกเหนือจากโรงเรียนได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองเท่านั้น

- If you would not like your son/daughter to be photographed or included in any school video, live stream etc or have their work electronically published, please tick here

ถ้าหากท่านไม่ต้องการให้โรงเรียนถ่ายรูปหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิดีโอที่โรงเรียนถ่ายทำ กรุณาระบุในช่องนี้

Signature

ลายมือชื่อ

Relationship to student

ความสัมพันธ์กับนักเรียน

Date

วันที่

ADMINISTRATION OF TYLENOL แบบยินยอมให้รับประทานยาไทลินอล (พาราเซตามอล)

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

การให้ยาเด็กจะต้องมีใบอนุญาตยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง และใบยินยอมนี้จะเก็บไว้ที่คลินิกของโรงเรียน ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลเดียวเท่านั้นที่จะมีสิทธิ์ให้ยาแก่เด็กได้

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, stomach ache, menstrual cramp or fever. Please indicate, sign and date the section below if applicable.

ข้าพเจ้ายินยอมให้พยาบาลของโรงเรียนให้ยาไทลินอลหรือเทียบเท่าแก่เด็กได้ เพื่อรักษาอาการปวด เช่น ปวดศีรษะ ปวดฟัน ปวดท้อง ปวดเกร็งช่องท้องเนื่องจาก ประจำเดือน หรือมีไข้ เป็นต้น กรุณาระบุชื่อและวันที่ด้านล่างให้เรียบร้อย

- The school nurse has my consent to give (student's name) _____, my son/daughter Tylenol or its equivalent during school hours.

ข้าพเจ้ายินยอมให้พยาบาลให้ยาไทลินอล (พาราเซตามอล) หรือเทียบเท่าแก่บุตรของข้าพเจ้าตามชื่อข้างต้นได้ หากมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นอยู่ในโรงเรียน

- Please do not administer Tylenol or its equivalent to my son/daughter at the school.

กรุณาอย่าให้ยาไทลินอล (พาราเซตามอล) หรือเทียบเท่าให้กับเด็ก

Signature

ลายมือชื่อ

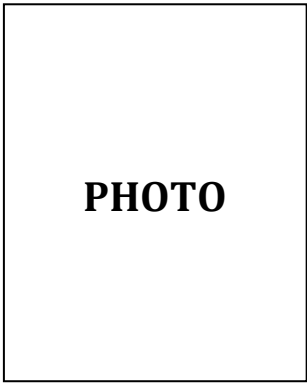
Relationship to student

ความสัมพันธ์กับนักเรียน

Date

วันที่

Student ID Number: 0000



STUDENT'S MEDICAL HISTORY ประวัติทางการแพทย์ของนักเรียน

First Name: ชื่อ	Family Name: นามสกุล	Preferred Name: ชื่อเล่น	
Year Group: ระดับชั้นปี	Date of Birth: 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): เบอร์โทรศัพท์มือถือ		
Mother มารดา: Home Address: ที่อยู่	Telephone (Mobile): เบอร์โทรศัพท์มือถือ		
Guardian ผู้ดูแล: Home Address: ที่อยู่	Telephone (Mobile): เบอร์โทรศัพท์มือถือ		
Blood Type กรุ๊ปเลือด: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O RH: <input type="checkbox"/> Positive + <input type="checkbox"/> Negative -			
Height ส่วนสูง: Weight น้ำหนัก:			
Does the student suffer or has (s)he ever suffered from any of the following? Please include any details of investigation, examination or diagnosis. บุตรหลานของท่านเป็นโรคลดดังต่อไปนี้หรือไม่ 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	Orthopaedic 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 normally provided for any severe or acute episode: กรุณาระบุวิธีการรักษา			
Please explain any specified condition(s), indicating information that would help the school to take due care of the student during the school day. Please note that the school is obliged under its duty of care to inform the school nurse or class teacher regarding any serious condition(s) that require(s) immediate treatment. กรุณาระบุรายละเอียดของอาการที่ท่านต้องการให้โรงเรียนดูแลเป็นพิเศษ เพื่อการรักษาที่ทันที่			

Has the student suffered from any of the following? If 'Yes', please give date(s):

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 the student ever had surgery or suffered any major injury? บุตรหลานของท่านเคยมีการผ่าตัด	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
---	--

Has the student suffered from persistent pain in the back or joints or suffered any injury? บุตรหลานของท่านเคยได้มีอุบัติเหตุที่หลัง ข้อต่อ หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
---	--

If 'Yes', please give details and recommendations concerning treatment: ถ้าเคย กรุณาอธิบายและแนะนำวิธีการรักษาที่ใช้

Has your child been immunised against any of the following?

บุตรหลานของท่านเคยได้รับวัคซีน

Tetanus โรคบาดทะยัก	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Diphtheria โรคคอตีบ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
------------------------	--	------------------------	--

Pertussis (Whooping Cough) โรคไอกรน	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis A โรคไวรัสตับอักเสบ เอ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
--	--	-------------------------------------	--

Hepatitis B โรคไวรัสตับอักเสบ บี	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Polio โรคโปลิโอ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
-------------------------------------	--	--------------------	--

Measles โรคหัด	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Mumps โรคคางทูม	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
-------------------	--	--------------------	--

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 any other learning disorder? บุตรหลานของท่านมีภาวะสมาธิสั้นหรือภาวะการเรียนรู้อื่น ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
--	--

Date Diagnosed วันที่พบอาการ	Medicine(s) / Treatment(s) ยาที่ใช้
---------------------------------	--

Please specify any other information that would help the school to take good care of the student during the school day: การดูแลพิเศษที่ต้องได้รับขณะอยู่โรงเรียน

Is there anything you wish to add which you consider relevant to the student'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

Is there any reason why the student cannot take part in normal school activities? มีเหตุผลอื่นใดหรือไม่ที่บุตรหลานของท่านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนได้	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
---	--

Is there any reason why the student 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 the student have health insurance? บุตรหลานของท่านมีประกันสุขภาพหรือไม่	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Insurance Company ชื่อบริษัทประกัน
---	--	---------------------------------------

Does the student have accident insurance? บุตรหลานของท่านมีประกันอุบัติเหตุหรือไม่	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Insurance Company ชื่อบริษัทประกัน
---	--	---------------------------------------



Conditions and Agreements with regards to WITHDRAWAL

เงื่อนไขและข้อตกลงเกี่ยวกับการถอนเงิน

"I hereby agree that if this application is accepted by Bloomsbury International School Hatyai, I will keep my son/daughter on the school's roll for the entirety of the period referred to herein. In the event that I wish to withdraw my son/daughter before the end of the said period, **I agree to provide the school with at least 1 full term's notice in advance** or to pay fees in lieu thereof to the school."

A parent may withdraw the child from the School by giving the School ONE (1) full academic term's notice and by filling out the 'Student Withdrawal Notification Form', **Failing to give 1 Term's notice and not signing the form will result in the deposit being forfeited**. The said notice shall set out the date of such withdrawal (Student Withdrawal Notification), failing which the same shall be deemed as insufficient notice. Please note that the notice of withdrawal must straddle **ONE (1) FULL ACADEMIC TERM**. In amplification hereof the following illustrations of what constitute insufficient notice:

Please see 'Withdrawal Form' and 'Withdrawal Policy' for full explanation of procedure to withdraw.

.....

I hereby confirm that if this application is accepted by Bloomsbury International School Hatyai ('BISH'), I will abide fully (and undertake that my son / daughter will abide fully) by the contents of the current BISH Parent and Student Handbook and by such other rules and requirements as the school shall publish from time to time.

SIGNATURE

NAME

DATE

.....