



Application

ใบสมัครโรงเรียนสองภาษาลาดพร้าว

เลขประจำตัวนักเรียน.....

วันลงทะเบียน.....

ระดับชั้นที่สมัคร

PG Kindergarten..... Primary.....



1. ข้อมูลนักเรียน (Student details) :

ชื่อ/First name.....นามสกุล/Last name.....ชื่อเล่น/Nick-name

เพศ/Sex ชาย/Male หญิง/Female เกิด/Date of birth (D/M/Y).....อายุ/Age.....ปี/year.....เดือน/month

เชื้อชาติ/Race.....สัญชาติ/Nationality.....ศาสนา/Religion.....

ที่อยู่ปัจจุบัน/Home address.....

.....รหัสไปรษณีย์ /Post code โทร/Tel: No.....

บุตรคนที่/Children's birth order.....พี่น้องรวมผู้สมัคร/No. of Children.....คน

ภาษาที่ใช้/Language speak at home ภาษาไทย(Thai) ภาษาอังกฤษ(English) ภาษาอื่น(ระบุ) (Others).....

โรงเรียนเดิม/last schoolจังหวัด/Province.....

2. ข้อมูลครอบครัว (Parent details)

ชื่อบิดา/Father's name.....อายุ/Age..... ปี/Years

สัญชาติ/Nationality.....ศาสนา/Religion.....วุฒิมัธยมศึกษา/Degree.....

ที่อยู่/Home address

โทร/Tel: Noอาชีพ/Occupation.....ตำแหน่ง/Position.....

ชื่อ/สถานที่ทำงาน/Name of business/Address

.....โทรศัพท์ที่ทำงาน/Office Tel.No.Ext.

มือถือ/Mobile.....แฟกซ์/Fax.....อีเมล/E-mail address.....

ชื่อมารดา/Mother's name.....อายุ/Age..... ปี/Years

สัญชาติ/Nationality.....ศาสนา/Religion.....วุฒิมัธยมศึกษา/Degree.....

ที่อยู่/Home address

โทร/Tel: Noอาชีพ/Occupation.....ตำแหน่ง/Position.....

ชื่อ/สถานที่ทำงาน/Name of business/Address

.....โทรศัพท์ที่ทำงาน/Office Tel.No.Ext.

มือถือ/Mobile.....แฟกซ์/Fax.....อีเมล/E-mail address.....

สถานภาพครอบครัว/ Marital Status สมรส/ Married หย่า/ Divorced แยกกันอยู่/ Separate.

การติดต่อกับผู้ปกครอง

ติดต่อกับ บิดา/Father มารดา/Mother

ผู้อื่น (กรณีฉุกเฉิน)/Others (in case of emergency)

ชื่อ/Name..... ที่อยู่/Address.....

โทรศัพท์/Tel.No.Ext. มือถือ/Boile..... แฟกซ์/Fax.....

อีเมล/E-mail address.....ความสัมพันธ์กับนักเรียน/Relationship to student.....

ประวัติสุขภาพของนักเรียน/ Student's medical history :

แพทย์ประจำตัว/Family physician..... โทรศัพท์/Telephone.....

โรคประจำตัว/Illness/Disability..... ulya/Medication.....

แพ้ยา/Allergy to medicineแพ้อาหาร/Food Allergies.....

กรณีเป็นเด็กพิเศษ/Special learning need (please state).....

เน้นการดูแลพิเศษในด้าน/Special care needed.....

ข้อตกลง / Agreement

1. การชำระค่าใช้จ่าย ต้องจ่ายเป็นเงินสด หรือชำระผ่านบัตรเครดิต

All expenses should be paid with cash or credit card. Personal cheque is not acceptable.

2. เมื่อผู้ปกครองชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า ค่าธรรมเนียมการเรียน ค่าเรียนพิเศษ ค่ากิจกรรมพิเศษ หรือเงินอื่นใดให้แก่โรงเรียนแล้ว โรงเรียนจะไม่คืนเงินให้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และผู้ปกครองจะหักค่าใช้จ่ายดังกล่าวไปหักกลบลบหนี้กับค่าใช้จ่ายรายการอื่น หรือโอนสิทธิ์ให้บุคคลอื่นใช้สิทธิแทน หรือ โอน แก่ไข เปลี่ยนแปลงไปใช้สิทธิในเวลาอื่นมิได้

Non – refundable entrance fee, school fees, activity fees and all miscellaneous expense are to be paid before the beginning of each term.

ลงชื่อ.....

ผู้ปกครอง/Signature of parent /Guardian

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร /Authorized School Official

วันที่...../...../.....



ใบมอบตัวนักเรียน

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□ ที่อยู่ปัจจุบัน.....
..... รหัสไปรษณีย์ □□□□□
โทรศัพท์ □□□□□□□□□□□□□□□□ ความสัมพันธ์กับนักเรียน.....เป็นผู้ดูแลในจ้
นการเรียน สุขภาพ ความประพฤติ และค่าใช้จ่ายในการศึกษา ตลอดระยะเวลาการเป็นนักเรียนของโรงเรียน
ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจนโยบายของโรงเรียนสองภาษาลาดพร้าวดีทุกประการ จึงขอมอบ
จ.ช./จ.ญ.....ให้แก่ผู้อำนวยการ เพื่อเข้าศึกษา ตั้งแต่วันที่.....
เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
วันที่...../...../.....

อนุมัติให้เข้าเรียน

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการ
(อ.ชนวนดี ชีร์ภักทรสกุล)
วันที่...../...../.....

ใบอนุญาตในการรักษา

ข้าพเจ้า.....ผู้ปกครองของจ.ช./จ.ญ.....
อนุญาตให้โรงเรียนสองภาษาลาดพร้าวดำเนินการรักษาพยาบาลเบื้องต้นกรณีที่ จ.ช./จ.ญ.....
ได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยที่โรงเรียน และทางโรงเรียนไม่สามารถติดต่อกับข้าพเจ้าได้ ทั้งนี้ครอบคลุมถึงการรับประทาน
ยาสามัญประจำบ้าน รวมถึงการวางยาสลบด้วยวิธีการดมยา โดยข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ
รักษาพยาบาลตามความเป็นจริง
หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อข้าพเจ้าในกรณีฉุกเฉิน.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
()
วันที่...../...../.....



Child's Registration Form

Mr./Mrs.....Age.....Identification card no.....
..... Home address.....
.....Postal code.....
Phone mobile.....Relationship to student.....

I hereby acknowledge that the child, whose name written above, is under my parental guidance and that his/her behavior, health and any educational expenses are my responsibility. I furthermore agree to join an accident insurance plan according to the school policy.

I understand the school's policy thoroughly and would like to register (student's name).....
.....to study at Ladprao Bilingual School from (D/M/Y).....

Signature.....
Parent / Guardian
Date...../...../.....

Accepted
.....
Ms.Tanawadee Thirapatsakun
Director
Date.....

Letter of Permission for Medical Treatment

I.....the guardian ofhereby grant Ladprao Bilingual School permission to conduct all necessary medical treatment including oral prescription and inhalation anaesthesia for accident or illness that might occur to.....in case I cannot immediately be reached by the School.

I understand and agree that all the expense incurred for all the abovementioned treatment will be responsible by me.

My telephone number in case of emergency:.....

Signature.....
The guardian
Date...../...../.....

Signature.....
Authorized School Official