



Polaris Gakuin
ポラリス学院

入学登録用紙

Registration Form for New Student

小学部

学年 Grade	新 New <input type="checkbox"/> 編入 Admission <input type="checkbox"/>	永住 Permanent <input type="checkbox"/> 滞在又は入国年数 Year 駐在 Resident <input type="checkbox"/>	登録日 Date
生徒名 Student	氏名 (漢字・カタカナ) Last Name, First, Middle		男子 Male <input type="checkbox"/> 女子 Female <input type="checkbox"/>
			生年月日 Date of Birth
住所 Address	番地・通り Number, Street Apt. No.	電話番号 Telephone #	
	市 City	郵便番号 Zip Code	
保護者の氏名 Parent or Guardian	父の名前 Father's Name	職業 Occupation	携帯電話 Cell Phone #
	勤務先・住所 Company Name/Address		勤務先番号 Office #
	母の名前 Mother's Name	職業 Occupation	携帯電話 Cell Phone #
	勤務先・住所 Company Name/Address		勤務先番号 Office #

家族構成 Family members

保護者 Parent/Guardian	名前 Last Name, First, Middle	年齢 Age	
子供 Children			本校に在学の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

既往症 Medical History

過去に大きな怪我をしたことがありますか。有るとしたら何歳の時で、どのような怪我ですか。Have you incurred any major injury? If so, please specify:	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> _____ No Yes
過去に大きな病気をしたことがありますか。有るとしたら何歳で、どのような病気ですか。Have you incurred any major illness? If so, please specify:	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> _____ No Yes
過去に入院又は手術をしたことがありますか。有るとしたら何歳の時で、何故ですか。Have you incurred any hospitalized or surgery? If so, please specify:	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> _____ No Yes
食べ物にアレルギーはありますか。有るとしたら何の食べ物ですか。Do you have any allergies with Food? If any, please specify:	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> _____ No Yes
薬に対してアレルギーはありますか。有るとしたら、何の薬ですか。Do you have any allergies with Medicine? If any, please specify:	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> _____ No Yes
現在通院又は治療、投薬を受けていますか。受けている場合は、何ですか。Are you having any medical treatment now? If any, please specify:	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> _____ No Yes

主治医 Family Doctor

小児科医の名前 Pediatrician	住所 Address	電話番号 Telephone
歯科医師の名前 Dentist	住所 Address	電話番号 Telephone

註) ポラリス学院では、緊急時にはエマージェンシーコール (911) を適用します。主治医へは保護者の方から報告して下さい。

In case of emergency, we will immediately call 911. It is the responsibility of the parent/guardian to inform the child's doctor.

同意書 ACKNOWLEDGEMENTS

1) 上記に記入された入学生徒の詳細に間違いがないことを確認します。

The above information is, to the best of my knowledge, ACCURATE and COMPLETE..

2) 上記全ての記載事項について、理解の上、同意します。

I have READ the entire registration form, and UNDERSTAND AND AGREE to my responsibilities.

保護者署名 Parent/Guardian Signature

日付 Date