Regent's International School Bangkok

HOME OF WELL ROUNDED LEADERS OF THE FUTURE

WAYS TO USE THIS PDF FILE IF SUBMITTING ELECTRONICALLY

1. Fill in and send electronically

- Open the pdf file in your web browser.
- Save the pdf to your machine and fill in all of the information.
- After completing the form be sure to save your file. This can be accomplished either by clicking the save icon or clicking on File < Save.
- Attach the saved file to an email and send to admissions-bkk@regents.ac.th

2. Fill in the form by hand

- Print out the pdf form
- Fill in all of the necessary information (please write neatly)
- Scan all of the pages of the document and send the scanned pages attached in an email to admissions-bkk@regents.ac.th

Regent's International School Bangkok

HOME OF WELL ROUNDED LEADERS OF THE FUTURE

601/99 Pracha-Uthit Road,
Wangthonglang, Bangkok 10310, Thailand
Tel: +66 (0)2 957 5777 ext 202 Fax: +66 (0)2 957 5777 ext 555

PHOTO

If applying via the internet photo can be sent as an attachment to the email

ENROLMENT FORM ใบสมัคร

Please print clearly and capitalise all names. Please clearly tick the boxes.
กรุณากรอกรายละเอียดให้ชัดเจนและกรอกเป็นตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น

APPLICANT INFORMATION ข้อมูลของนักเรียน

Application No:_____

Date of Application: วันสมัคร (DAY/MONTH/YEAR)	Enrolment No:
First Name(s): ชื่อ	Nickname(s): ชื่อเล่น
Family Name: นามสกุล	
Date of Birth: วันเกิด (DAY/MONTH/YEAR)	Gender เพศ: ☐ MALE ชาย ☐ FEMALE หญิง
Date of Admission: วันเริ่มเรียน (DAY/MONTH/YEAR)	Applying for: สมัครเข้าเรียนเป็น ☐ DAY STUDENT นักเรียนไปกลับ ☐ BOARDING นักเรียนประจำ
Age at Entry: อายุเมื่อเริ่มเรียน	Year Group: ระดับชั้นปี
Town of Birth: เมืองที่เกิด	Country of Birth: ประเทศที่เกิด
Nationality: สัญชาติ	Country of Residence: พำนักอยู่ที่ประเทศ
First Language Spoken: ภาษาหลักที่ใช้	Other Languages Spoken: ภาษาอื่น ๆ ที่ใช้

TO BE COMPLETED BY ADMISSIONS

	Y	N
Lunch	☐	☐
School Bus	☐	☐

Language support: ☐ EAL ☐ EU ☐ NONE

Current written and spoken English level: ระดับภาษาอังกฤษ ☐ FLUENT คล่อง ☐ INTERMEDIATE ระดับกลาง ☐ BEGINNER ระดับเบื้องต้น

Religion: ศาสนา

Please List the Names of Brothers and/or Sisters กรุณาใส่ข้อมูลของพี่น้อง:

1	Full Name: ชื่อ – นามสกุล			Nickname(s): ชื่อเล่น
	Age: อายุ	Gender เพศ:	☐ MALE ชาย ☐ FEMALE หญิง	Current School/University: โรงเรียนปัจจุบัน
2	Full Name: ชื่อ – นามสกุล			Nickname(s): ชื่อเล่น
	Age: อายุ	Gender เพศ:	☐ MALE ชาย ☐ FEMALE หญิง	Current School/University: โรงเรียนปัจจุบัน
3	Full Name: ชื่อ – นามสกุล			Nickname(s): ชื่อเล่น
	Age: อายุ	Gender เพศ:	☐ MALE ชาย ☐ FEMALE หญิง	Current School/University: โรงเรียนปัจจุบัน

PARENT / GUARDIAN INFORMATION ข้อมูลของผู้ปกครอง

	PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1	PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2	GUARDIAN ผู้ดูแล
Relationship to Child: ความสัมพันธ์กับนักเรียน			
Title คำนำหน้า:			

PARENT / GUARDIAN INFORMATION ข้อมูลของผู้ปกครอง *(Continued)*

	PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1	PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2	GUARDIAN ผู้ดูแล
Family Name: นามสกุล			
First Name: ชื่อ			
Nationality: สัญชาติ			
Date of Birth: วันเกิด	(DAY/MONTH/YEAR)	(DAY/MONTH/YEAR)	(DAY/MONTH/YEAR)
Home Address: ที่อยู่			
Marital Status: สถานภาพสมรส	Married/Divorced/Single (แต่งงาน หย่าร้าง โสด)	Married/Divorced/Single (แต่งงาน หย่าร้าง โสด)	Married/Divorced/Single (แต่งงาน หย่าร้าง โสด)

Child lives with: นักเรียนได้พักอาศัยอยู่กับ ☐ PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1 ☐ PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2 ☐ GUARDIAN ผู้ดูแล

Name of Employer: ชื่อบริษัท			
Business Address:* ที่อยู่บริษัท			
Telephone (Home): เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน)			
Telephone (Work): เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)			
Telephone (Mobile): เบอร์มือถือ			
Email: อีเมล์			
Occupation: อาชีพ			

Responsible for paying school fees: ผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ☐ PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1 ☐ PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2 ☐ GUARDIAN ผู้ปกครอง

Does the company help pay for school funds? If yes, how much? บริษัทของท่านเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้หรือไม่	☐ YES ☐ NO _____ %	☐ YES ☐ NO _____ %	☐ YES ☐ NO _____ %

*Write-in or attach business card to last page of this form **Will be used for school communication purposes

ADDITIONAL EMERGENCY CONTACT ข้อมูลกรณีติดต่อฉุกเฉิน

Please provide details of an additional contact if parents are unreachable in the event of an emergency
กรุณาให้ข้อมูลบุคคลอื่นๆที่เราสามารถติดต่อได้ หากไม่สามารถติดต่อผู้ปกครองได้ในกรณีฉุกเฉิน

Title: คำนำหน้าชื่อ	Family Name: นามสกุล	First Name: ชื่อ
Relationship to Child: ความสัมพันธ์กับนักเรียน	Email Address: อีเมล์	
Telephone 1: เบอร์โทรศัพท์	Telephone 2: เบอร์โทรศัพท์	

Speaks English พูดภาษาอังกฤษหรือไม่ ☐ YES ☐ NO If no, which language? ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร _____

EDUCATION HISTORY ประวัติทางการศึกษา

Current Curriculum: หลักสูตรปัจจุบันที่ศึกษาอยู่	Form or grade completed before RBKK entry: ชั้นที่ศึกษาอยู่ก่อนที่จะเข้าเรียนที่โรงเรียนนานาชาติเดอะรีเจนท์
Current School (Name): ชื่อโรงเรียนปัจจุบันที่ศึกษาอยู่	
Street Address: ที่อยู่	
Country: ประเทศ	Principal/Head's Name: ชื่อครูใหญ่
Principal/Head's Email: อีเมล์ของครูใหญ่	
Attended from _____ Month & Year _____ to _____ Month & Year _____ เข้าศึกษาตั้งแต่ปี – ปี	School report is attached with this application ผลการศึกษาจากโรงเรียนได้แนบมาด้วยกับใบสมัครนี้ ☐ YES ☐ NO
Reason for Leaving: เหตุผลที่ลาออก	

Previous Schools โรงเรียนที่เคยศึกษาก่อนหน้านี้

1	School Name: ชื่อโรงเรียน	
	Street Address: ที่อยู่	
	Country: ประเทศ	Attended from _____ Month & Year _____ to _____ Month & Year _____ เข้าศึกษาตั้งแต่ปี – ปี
	Reason for Leaving: เหตุผลที่ลาออก	School report is attached with this application ผลการศึกษาจากโรงเรียนได้แนบมาด้วยกับใบสมัครนี้ ☐ YES ☐ NO
2	School Name: ชื่อโรงเรียน	
	Street Address: ที่อยู่	
	Country: ประเทศ	Attended from _____ Month & Year _____ to _____ Month & Year _____ เข้าศึกษาตั้งแต่ปี – ปี
	Reason for Leaving: เหตุผลที่ลาออก	School report is attached with this application ผลการศึกษาจากโรงเรียนได้แนบมาด้วยกับใบสมัครนี้ ☐ YES ☐ NO

Has your child undergone any educational psychological assessment or any other educational support assessment? บุตรหลานของท่านเคยได้รับการประเมินทางจิตเวชหรือเคยได้รับการประเมินเพื่อช่วยเหลือทางการศึกษาหรือไม่	☐ YES	☐ NO	If yes, please provide full explanation and confirm it is attached to this application ถ้าใช่ กรุณาระบุข้อมูลให้ครบถ้วน และแนบเอกสาร	☐ ATTACHED
Does your child have any specific learning needs as identified by formal assessment? บุตรหลานของท่านมีความต้องการพิเศษด้านการศึกษาที่ได้รับการยืนยันผลจากการประเมินอย่างเป็นทางการหรือไม่	☐ YES	☐ NO		☐ ATTACHED
Do you have any particular concerns about your child's educational psychological or emotional development? ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการเรียนรู้ และพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของบุตรหลานของท่านหรือไม่	☐ YES	☐ NO		☐ ATTACHED

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

601/99 Pracha-Uthit Road, Wangthonglang, Bangkok 10310, Thailand
Tel : +66 (0)2 957 5777 ext 202, Mobie : +66(0) 92 362 8888
Email : admissions-bkk@regents.ac.th Line ID @regentsschoolbkk

ADDITIONAL INFORMATION ข้อมูลเพิ่มเติม *(Continued)*

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 (e.g Duke of Edinburgh, debating etc)
What are your child's particular strengths and interests? บุตรหลานของท่านสนใจหรือมีความสามารถพิเศษทางด้านใดหรือไม่

The following documents are **required** (scanned copies are acceptable):
กรุณาเตรียม เอกสารต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้

- ☐ Confirmation of medication prescribed by a medical Doctor*
  หนังสือรับรองการใช้ยาจากแพทย์
- ☐ Photocopy of passport
  สำเนาหนังสือเดินทาง
- ☐ Immunisation Record Card*
  ประวัติการฉีดวัคซีน
- ☐ Copy of last two years reports from school
  สำเนาผลการเรียนจากโรงเรียนเดิม

**Parents are encouraged to contact the School Nurse to discuss any matters related to their child's health and welfare.*
ผู้ปกครองสามารถติดต่อพยาบาลของโรงเรียนได้หากต้องการปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของบุตรหลานของท่าน

PARENT'S CONSENT FOR WEB AND PRINT PUBLICATION OF WORK AND PHOTOGRAPHS

The school may take appropriate photographs and video that may include your son/daughter and will be electronically published or used in printed publication. Published photos will not be accompanied by pupil names unless permission has been sought from the parent. โรงเรียนอาจมีการถ่ายภาพนิ่งหรือถ่ายทำวีดีโอบุตรหลานของท่าน ซึ่งอาจจะนำไปเผยแพร่ในสิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ รูปถ่ายจะไม่ระบุชื่อของนักเรียนนอกเหนือจากโรงเรียนได้รับอนุญาติจากผู้ปกครองเท่านั้น

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

Please read this section carefully
กรุณาอ่านทำความเข้าใจโดยละเอียด

In Submitting this application, I agree

1. To pay the non-refundable application fees (5,500 Baht) at the time of submitting this application.
2. To pay the non-refundable Registration fees within 2 weeks after the school offered the place to your child or pay immediately if enrolled during the term.
3. To pay the non-refundable Enrollment fees together with the School fees by the deadline indicated on the invoice. Failure to pay on time will be regarded as my wish to cancel an offered place, and the non-refundable Registration fees will be forfeited.
4. I agree that one full term tuition fees will be forfeited, **if I fail to give one full term's notice prior to the withdrawal of my child.** This is to avoid staffing problems and the loss of other prospective students.

ข้าพเจ้าได้ทำความเข้าใจและตกลงรับเงื่อนไขต่าง ๆ ด้านล่างนี้เรียบร้อยแล้ว

1. จะชำระค่าสมัคร 5,500 บาท ณ วันที่ยื่นใบสมัครนี้
2. จะชำระค่าลงทะเบียนเรียนภายใน 2 อาทิตย์หลังจากโรงเรียนตอบรับบุตรหลานของท่านเข้าเรียนแล้ว หรือชำระทันทีหากเข้าเรียนระหว่างภาคเรียน
3. จะชำระค่าแรกเข้าและค่าเล่าเรียนตามวันที่กำหนดในใบแจ้งหนี้ หากไม่ชำระภายในระยะเวลาที่ระบุไว้ให้ถือว่าข้าพเจ้าได้สละสิทธิ์การตอบรับการเข้าเรียนของบุตรหลาน และข้าพเจ้ายินยอมให้โรงเรียนยึดค่าลงทะเบียนเรียนไว้ได้โดยไม่มีสิทธิ์เรียกคืนแต่อย่างใด
4. ข้าพเจ้าจะแจ้งโรงเรียนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 ภาคเรียน กรณีต้องการให้บุตรหลานของข้าพเจ้าจะย้ายออกจากโรงเรียน หากมิได้แจ้งลาออกล่วงหน้าตามที่กำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงเรียนยึดเงินค่าเทอม 1 ภาคเรียนล่วงหน้าเพื่อประกันความเสียหายทั่วไป โดยจะไม่มีสิทธิ์เรียกคืนแต่อย่างใด

Signature Parent 1/Guardian	Signature Parent 2
Print Name	Print Name

DOCTOR AND MEDICAL INSURANCE INFORMATION ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลประกันสุขภาพของนักเรียน

It is essential for the proper medical care of your son or daughter, that all these questions are answered fully and accurately. If necessary, following consultation with your own doctor. *Please print clearly and capitalise all names. Please clearly tick the boxes.*

เพื่อเป็นการให้การดูแลรักษาบุตรหลานของท่านอย่างถูกต้อง กรุณากรอกข้อมูลต่างๆ ให้ครบถ้วนและสมบูรณ์ หรือท่านสามารถปรึกษาแพทย์ประจำตัวของบุตรหลานเพื่อกรอกข้อมูลดังต่อนี้

First Name(s): ชื่อ	Nickname(s) ชื่อเล่น
Family Name: นามสกุล	
Parent 1 Name: ชื่อคุณพ่อ/ผู้ปกครองคนที่ 1	Contact # เบอร์ติดต่อ
Parent 2 Name: ชื่อคุณแม่/ผู้ปกครองคนที่ 2	Contact # เบอร์ติดต่อ
Guardian's Name: ชื่อผู้ดูแล	Contact # เบอร์ติดต่อ

Please provide details of an additional contact if parents are unreachable in the event of an emergency กรณีฉุกเฉินให้ติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

Title: คำนำหน้า	Family Name: นามสกุล	First Name: ชื่อ
Relationship to Child: ความสัมพันธ์กับเด็ก	Email Address: อีเมล์	
Telephone 1: เบอร์โทรศัพท์ 1	Telephone 2: เบอร์โทรศัพท์ 2	

Speaks English พูดภาษาอังกฤษหรือไม่ ☐ YES ☐ NO If no, which language? ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร _____

Name of Family Doctor: ชื่อแพทย์ประจำตัว	Telephone: เบอร์โทรศัพท์
Address: ที่อยู่	
In case of emergency, which hospital would you prefer your child to be taken? หากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ท่านต้องการให้ทางโรงเรียนนำบุตรหลานของท่านส่งที่โรงพยาบาลใด	
Address: ที่อยู่	

Does your child have private medical/dental insurance? บุตรหลานของท่านมีประกันสุขภาพ หรือ ประกัน ☐ YES ☐ NO If yes, please provide details below

Insurance Company: ชื่อบริษัทประกัน	Policy No.: เลขที่กรรมธรรม์	
Policy Holder's Name: ชื่อผู้ถือกรรมธรรม์	Expiry Date*: วันที่หมดอายุ (DAY/MONTH/YEAR)	
Telephone: เบอร์โทรศัพท์	*please ensure policy includes dental treatment *กรุณารุบะรายละเอียดกรรมธรรม์ เช่น การรักษาด้านทันตกรรม	

MEDICAL HISTORY ประวัติทางการแพทย์

Blood Type: กรุ๊ปเลือด ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O RH: ☐ Positive + ☐ Negative -	Gender: เพศ ☐ MALE ชาย ☐ FEMALE หญิง

Does your child suffer from, or has suffered from any of the following? Please include investigations, diagnosis, dates and any medication. บุตรหลานของท่านเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ กรุณาใส่ข้อมูลการรักษา อาการที่พบ การวินิจฉัยโรค วันที่รักษาและวิธีการรักษา

Asthma โรคหอบหืด ☐ YES ☐ NO	Triggers *e.g. environmental (tobacco, dust, pets, pollen etc) or other:* อาการกำเริบเนื่องจาก สภาวะแวดล้อม (ควันบุหรี่,ฝุ่นละออง,สัตว์เลี้ยง,เกสรดอกไม้) หรือ อื่นๆ
Heart Condition สภาวะทางหัวใจ ☐ YES ☐ NO	Recurring chest infection or bronchitis การติดเชื้อในช่องอก หรือโรคหลอดลม ☐ YES ☐ NO

Eczema (or similar) โรคผิวหนัง	☐ YES ☐ NO	Fits, fainting or blackouts อาการหน้ามืด เป็นลม	☐ YES ☐ NO
Severe/recurring headaches อาการปวดศีรษะรุนแรงหรือปวดบ่อย ๆ	☐ YES ☐ NO	Diabetes โรคเบาหวาน	☐ YES ☐ NO
Allergies: Antibiotics อาการแพ้ ยาปฏิชีวนะ	☐ YES ☐ NO	Other medications ยาชนิดอื่น ๆ	☐ YES ☐ NO
Food (e.g nuts) อาหาร เช่น ถั่วชนิดต่างๆ	☐ YES ☐ NO	Bee or Wasp stings ผึ้ง หรือ ต่อต่อย	☐ YES ☐ NO
Other allergies โรคภูมิแพ้อื่น ๆ	☐ YES ☐ NO		

If yes please give details of allergic responses (e.g. rash, swelling, difficulty breathing):
กรุณาระบุอาการภูมิแพ้ เช่น ผื่นคัน, บวม, หายใจติดขัด

Treatment you usually give for acute episode:
กรุณาระบุวิธีการรักษา

Hay Fever ไข้ละอองฟาง	☐ YES ☐ NO	Skin Disorder ความผิดปกติทางผิวหนัง	☐ YES ☐ NO
Recurrent sore throat or ear problems อาการเจ็บคอและปัญหาทางการได้ยิน	☐ YES ☐ NO	Digestive illness (e.g. IBS) อาการอักเสบของระบบทางเดินอาหาร	☐ YES ☐ NO
Urinary/genito-urinary tract problems กระเพาะปัสสาวะอักเสบ	☐ YES ☐ NO	Orthopedic disorders ความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ	☐ YES ☐ NO
Glandular fever ต่อมอักเสบ เช่น ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ ต่อมหมวกไตอักเสบ เป็นต้น	☐ YES ☐ NO		

Other illness - Please include any past operations, congenital abnormalities, genetic disorders, hospital admissions and dietary requirements (for medical reasons only): ภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ กรุณาระบุหากบุตรหลานของท่านเคยได้รับการผ่าตัด, ความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด, ความผิดปกติทางด้านพันธุกรรม, ประวัติการเข้ารักษา, ข้อมูลทางด้านโภชนาการ (ที่เกี่ยวกับทางการแพทย์เท่านั้น)

Is your child waiting for a referral/investigation that has not been detailed? ☐ YES ☐ NO
บุตรหลานของท่านยังรอการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ที่ยังไม่สามารถชี้แจ้งได้ในตอนนี้หรือไม่

Has your child suffered from any of the following? If yes, please give date
บุตรหลานของท่านเคยเป็น

Measles โรคหัด	☐ YES ☐ NO	Date (DAY/MONTH/YEAR) วันที่พบอาการ	Rubella โรคหัดเยอรมัน	☐ YES ☐ NO	Date (DAY/MONTH/YEAR) วันที่พบอาการ
Hepatitis B โรคไวรัสตับอับเสบ บี	☐ YES ☐ NO	Date (DAY/MONTH/YEAR) วันที่พบอาการ	Chicken Pox โรคอีสุกอีใส	☐ YES ☐ NO	Date (DAY/MONTH/YEAR) วันที่พบอาการ
Malaria โรคมาลาเรีย	☐ YES ☐ NO	Date (DAY/MONTH/YEAR) วันที่พบอาการ	Mumps โรคคางทูม	☐ YES ☐ NO	Date (DAY/MONTH/YEAR) วันที่พบอาการ
Whooping Cough อาการไอกรน	☐ YES ☐ NO	Date (DAY/MONTH/YEAR) วันที่พบอาการ			

Has your child had any recent contact with contagious or tropical diseases? ☐ YES ☐ NO
บุตรหลานของท่านได้สัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ที่มีโรคติดต่อเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือไม่

Give details and any treatment received:
กรุณาระบุการรักษา

Has your child suffered from any other contagious or tropical diseases? ☐ YES ☐ NO
บุตรหลานของท่านมีอาการโรคติดต่อหรือไม่ ถ้ามีกรุณาระบุการรักษา

Give details and any treatment received:
บุตรหลานของท่านได้สัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ที่มีโรคติดต่อเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือไม่

Is your child currently taking a medication? ☐ YES ☐ NO
บุตรหลานของท่านกำลังได้รับการรักษาโดยแพทย์อยู่หรือไม่

Has your child had persistent pain the back, joints or any sports injuries? ☐ YES ☐ NO
บุตรหลานของท่านเคยได้มีอุบัติเหตุที่หลัง ข้อต่อ หรืออุบัตติเหตุจากกีฬา

If yes, please give details and recommendations about treatment ถ้าเคยกรุณาอธิบายและแนะนำวิธีการรักษาที่เคยใช้

601/99 Pracha-Uthit Road, Wangthonglang, Bangkok 10310, Thailand
Tel : +66 (0)2 957 5777 ext 202, Mobie : +66(0) 92 362 8888
Email : admissions-bkk@regents.ac.th Line ID @regentsschoolbkk

Has your child been immunized against บุตรหลานของท่านได้ได้รับวัคซีน			
Tetanus โรคบาดทะยัก	☐ YES ☐ NO	Diphtheria โรคคอตีบ	☐ YES ☐ NO
Pertussis (Whooping Cough) โรคไอกรน	☐ YES ☐ NO	Rubella โรคหัดเยอรมัน	☐ YES ☐ NO
Hepatitis A โรคไวรัสตับอักเสบ เอ	☐ YES ☐ NO	Hepatitis B โรคไวรัสตับอักเสบ บี	☐ YES ☐ NO
Polio โรคโปลิโอ	☐ YES ☐ NO	Measles โรคหัด	☐ YES ☐ NO
Mumps โรคคางทูม	☐ YES ☐ NO	Chicken Pox โรคอิสุกอิใส	☐ YES ☐ NO

SICKNESS RECORD ข้อมูลการเจ็บป่วย

Please indicate how many whole school days your child has missed within the last academic year _____

กรุณาระบุจำนวนวันที่บุตรหลานของท่านขาดเรียนเมื่อปีการศึกษาที่ผ่านมา

VISION AND HEARING การตรวจวัดสายตาและตรวจการได้ยิน

Date of last sight test วันสุดท้ายที่ตรวจวัดสายตา	Requirements ข้อกำหนด
Detail ข้อมูล	

Glasses ใช้แว่นสายตา ☐ YES ☐ NO

Contact Lenses ใช้คอนแทคเลนส์ ☐ YES ☐ NO

Date of last hearing test วันสุดท้ายที่ตรวจการได้ยิน	Requirements ข้อกำหนด
Detail ข้อมูล	

Hearing aid ใช้เครื่องช่วยฟัง ☐ YES ☐ NO

Other อื่น ๆ ☐ YES ☐ NO

DENTAL HISTORY ข้อมูลด้านทันตกรรม

Dental Problems มีปัญหาด้านทันตกรรม ☐ YES ☐ NO

Please indicate any ongoing treatment and management. To minimize disruption to your child's education please ensure appointments occur during school holidays.

กรุณาระบุถ้าบุตรหลานของท่านกำลังได้รับการรักษาทางด้านทันตกรรม และเพื่อเป็นการไม่รบกวนเวลาเรียน กรุณานัดหมายแพทย์ในวันหยุดเท่านั้น

EMOTIONAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และจิตเวช

Please provide detail regarding treatment, management and ongoing support กรุณาระบุข้อมูลหากบุตรหลานของท่านได้รับการรักษา	
Has your child suffered from an eating disorder? บุตรหลานของท่านมีปัญหาเกี่ยวการกับการทานผิดปกติ	☐ YES ☐ NO
Do you have concerns regarding your child's diet? ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับโภชนาการของบุตรหลานหรือไม่	☐ YES ☐ NO

601/99 Pracha-Uthit Road, Wangthonglang, Bangkok 10310, Thailand
Tel : +66 (0)2 957 5777 ext 202, Mobie : +66(0) 92 362 8888
Email : admissions-bkk@regents.ac.th Line ID @regentsschoolbkk

Has your child received psychological support (counseling or therapy)? บุตรหลานของท่านเคยได้รับรักษาและดูแลทางด้านจิตเวชหรือไม่	☐ YES ☐ NO
Does your child require any additional emotional support? บุตรหลานของท่านต้องการความช่วยเหลือพิเศษทางด้านการควบคุมอารมณ์หรือไม่	☐ YES ☐ NO
Has your child suffered a close family bereavement or other similar trauma in the last 3 years? บุตรหลานของท่านเคยได้รับผลกระทบจากการจากไปของคนรักและญาติสนิท หรือมีภาวะบอบช้ำจากด้านจิตใจในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา	☐ YES ☐ NO
Has your child been diagnosed by a physician with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) or another learning disorder? บุตรหลานของท่านมีภาวะสมาธิสั้นหรือภาวะการเรียนรู้อื่น ๆ หรือไม่	☐ YES ☐ NO
Date Diagnosed (DAY/MONTH/YEAR) วันที่พบอาการ	Medicine(s) ยาที่ใช้
Is there anything you wish to add which you consider relevant to your child's physical, social, developmental or emotional health? ท่านมีสิ่งอื่นๆที่เกียวข้องกับการเข้าสังคม พัฒนาการและสุขภาพจิตของบุตรหลานที่โรงเรียนควรทราบหรือไม่	☐ YES ☐ NO
If yes please give details ถ้าใช่ กรุณาระบุ ข้อมูล	

PARTICIPATION การเข้าร่วมกิจกรรม

Are there any reasons why your child cannot take part in normal school activities? มีเหตุผลอื่นใดหรือไม่ที่บุตรหลานของท่านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนได้	☐ YES ☐ NO
Are there any reasons why your child cannot take part in outdoor activities such as mountain and water sports? มีเหตุผลอื่นใดหรือไม่ที่บุตรหลานของท่านไม่สามาถร่วมกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น กีฬาทางน้ำ	☐ YES ☐ NO

CHILD'S UNDERSTANDING OF HEALTH NEEDS ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่นักเรียนไม่รับทราบ

Please give details of any information disclosed in this questionnaire that your child is not aware of and to what level and reasons why: กรุณาแจ้งถ้าท่านไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลข้างต้นต่อบุตรหลาน กรุณาอธิบายรายละเอียดและเหตุผล

Signature of Parent/Guardian

(DAY/MONTH/YEAR)
Date

Print Name

January 2015

601/99 Pracha-Uthit Road, Wangthonglang, Bangkok 10310, Thailand
Tel : +66 (0)2 957 5777 ext 202, Mobie : +66(0) 92 362 8888
Email : admissions-bkk@regents.ac.th Line ID @regentsschoolbkk