

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



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.

กรุณารอกรอกรายละเอียดให้ชัดเจนและกรอกเป็นตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น

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: <input type="checkbox"/> MALE ชาย <input type="checkbox"/> FEMALE หญิง	
Start Date: วันที่จะเข้าเรียน (DAY/MONTH/YEAR)	Applying for: <input type="checkbox"/> DAY STUDENT นักเรียนไปกลับ <input type="checkbox"/> BOARDING นักเรียนประจำ	
Year Group: ระดับชั้นปี	Nationality: สัญชาติ	
Country of Residence: พำนักอยู่ที่ประเทศ	Religion: ศาสนา	Any Dietary Requirements: อาหารที่ต้องควบคุม
First Language Spoken: ภาษาหลักที่ใช้	Other Languages Spoken: ภาษาอื่น ๆ ที่ใช้	

TO BE COMPLETED BY ADMISSIONS

	Y	N
Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
School Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Language support:		
<input type="checkbox"/> IELD	<input type="checkbox"/> ELD	<input type="checkbox"/> NONE

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

PARENT / GUARDIAN INFORMATION ข้อมูลของผู้ปกครอง

	PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1	PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2	GUARDIAN ผู้ดูแล
Title คำนำหน้า:			
Family Name: นามสกุล			
First Name: ชื่อ			
Nationality: สัญชาติ			
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	<input type="checkbox"/> PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1	<input type="checkbox"/> PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2	<input type="checkbox"/> GUARDIAN ผู้ดูแล
Relationship to Child: ความสัมพันธ์กับนักเรียน			

PARENT / GUARDIAN INFORMATION ข้อมูลของผู้ปกครอง
(Continued)

	PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1	PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2	GUARDIAN ผู้ดูแล
Name of Employer: ชื่อบริษัท			
Business Address:* ที่อยู่บริษัท			
Telephone (Mobile): เบอร์มือถือ			
Email: อีเมล			
Occupation: อาชีพ			
Responsible for paying school fees: ผู้รับผิดชอบค่าเล่าเรียน	<input type="checkbox"/> PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1	<input type="checkbox"/> PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2	<input type="checkbox"/> GUARDIAN ผู้ปกครอง
Does the company help pay for school funds? If yes, how much? บริษัทของท่านเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้หรือไม่	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO _____ %	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO _____ %	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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
กรุณาให้ข้อมูลบุคคลอื่นที่เราสามารถติดต่อได้ หากไม่สามารถติดต่อผู้ปกครองได้ในกรณีฉุกเฉิน

Title: คำนำหน้าชื่อ	Family Name: นามสกุล	First Name: ชื่อ
Relationship to Child: ความสัมพันธ์กับนักเรียน		Email Address: อีเมล
Mobile: เบอร์โทรศัพท์		
Speaks English พูดภาษาอังกฤษหรือไม่ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If no, which language? ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร _____		

EDUCATION HISTORY ประวัติทางการศึกษา

Current Curriculum: หลักสูตรปัจจุบันที่ศึกษาอยู่	Form or grade completed before RBKK entry: ชั้นที่ศึกษาอยู่ก่อนที่เขาเรียนที่โรงเรียนนานาชาติเดอะเรจेंट
Current School (Name): ชื่อโรงเรียนปัจจุบันที่ศึกษาอยู่	
Address: ที่อยู่	
Country: ประเทศ	Principal/Head's Name: ชื่อครูใหญ่
Principal/Head's Email: อีเมลของครูใหญ่	
Attended from _____ month & year _____ to _____ month & year _____ เข้าศึกษาตั้งแต่ปี - ปี	School report is attached with this application ผลการศึกษาจากโรงเรียนได้แนบมาด้วยกับใบสมัครนี้ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Reason for Leaving: เหตุผลที่ลาออก	

EDUCATION HISTORY ประวัติทางการศึกษา (Continued)

Previous Schools โรงเรียนที่เคยศึกษาก่อนหน้านี้ (If any)

1	School Name: ชื่อโรงเรียน
Attended from _____ month & year _____ to _____ month & year _____ เข้าศึกษาตั้งแต่ปี – ปี	School report is attached with this application. ผลการศึกษามาจากโรงเรียนได้แนบมาด้วยกับใบสมัครนี้ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Reason for Leaving: เหตุผลที่ลาออก	
Has your child undergone any educational psychological assessment or any other educational support assessment? บุตรหลานของท่านเคยได้รับการประเมินทางจิตเวชหรือเคยได้รับการประเมิน เพื่อช่วยเหลือทางการศึกษาหรือไม่ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, please provide full explanation and confirm it is attached to this application ถ้าใช่ กรุณาระบุข้อมูลให้ครบถ้วน และแนบเอกสาร <input type="checkbox"/> ATTACHED What were the result? _____	

The following documents are **required** (scanned copies are acceptable):

กรุณาเตรียม เอกสารต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้

Confirmation of medication prescribed by a medical Doctor*
หนังสือรับรองการไต่ยาจากแพทย์

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. โรงเรียนอาจมีการถ่ายภาพนิ่งหรือถ่ายทำวิดีโอบุตรหลานของท่าน ซึ่งอาจจะนำไปเผยแพร่ในสิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ รูปถ่ายจะไม่ระบุชื่อของนักเรียนนอกเหนือจากโรงเรียนที่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองเท่านั้น

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

ถ้าหากท่านไม่ต้องการให้โรงเรียนถ่ายรูปหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิดีโอที่โรงเรียนถ่ายทำ 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 หากไม่ชำระภายในระยะเวลาที่ระบุไว้ถือว่าข้าพเจ้าได้สละสิทธิ์การตอบรับการเข้าเรียนของบุตรหลาน และข้าพเจ้ายินยอมให้โรงเรียนยึดค่าลงทะเบียนเรียนไว้ได้โดยไม่มีสิทธิเรียกคืนแต่อย่างใด
4. ข้าพเจ้าจะแจ้งโรงเรียนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 ภาคเรียน กรณีต้องการให้บุตรหลานของข้าพเจ้าจะย้ายออกจากโรงเรียน หากมิได้แจ้งล่วงหน้าออกล่วงหน้าตามที่กำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงเรียนยึดเงินค่าทอม 1 ภาคเรียนล่วงหน้าเพื่อประกันความเสียหายทั่วไป โดยจะไม่มีสิทธิเรียกคืนแต่อย่างใด

Signature Parent 1/Guardian

Signature Parent 2/Guardian

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 หรือท่านสามารถปรึกษาแพทย์ประจำตัวของบุตรหลานเพื่อกรอกข้อมูลดังต่อไปนี้

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: อีเมล
Mobile : เบอร์โทรศัพท์		
Speaks English พูดภาษาอังกฤษหรือไม่ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If no, which language? _____ ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร		
Name of Family Doctor: (If Any) ชื่อแพทย์ประจำตัว		Telephone: เบอร์โทรศัพท์
Name of Hospital: ชื่อโรงพยาบาล		
In case of emergency, which hospital would you prefer your child to be taken? หากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ท่านต้องการให้ทางโรงเรียนนำบุตรหลานของท่านส่งที่โรงพยาบาลใด		
Does your child have private medical/dental insurance? บุตรหลานของท่านมีประกันสุขภาพ หรือ ประกัน <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, please provide details below		
Insurance Company: ชื่อบริษัทประกัน		Policy No.: เลขที่กรมธรรม์
Policy Holder's Name: ชื่อผู้ถือกรมธรรม์		Expiry Date*: วันที่หมดอายุ (DAY/MONTH/YEAR)
Telephone: เบอร์โทรศัพท์		*please ensure policy includes dental treatment *กรุณารูบะรายละเอียดกรมธรรม์ เช่น การรักษาฟันทันตกรรม

MEDICAL HISTORY ประวัติทางการแพทย์

Blood Type: กรุ๊ปเลือด	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Gender: เพศ	<input type="checkbox"/> MALE ชาย <input type="checkbox"/> FEMALE หญิง
RH:	<input type="checkbox"/> Positive + <input type="checkbox"/> negative -		

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	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Triggers e.g. environmental (tobacco, dust, pets, pollen etc) or other: อาการกำเริบเนื่องจาก สภาวะแวดล้อม (ควันบุหรี่, ฝุ่นละออง, สัตว์เลี้ยง, เกสรดอกไม้) หรือ อื่นๆ
Heart Condition สภาวะทางหัวใจ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Recurring chest infection or bronchitis การติดเชื้อในช่องอก หรือโรคหลอดลม
		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

MEDICAL HISTORY ประวัติทางการแพทย์ (Continued)

Eczema (or similar) โรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Fits, fainting or blackouts อาการหน้ามืด เป็นลม	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Severe/recurring headaches อาการปวดศีรษะรุนแรงหรือปวดบ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Diabetes โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Allergies: อาการแพ้	Antibiotics ยาปฏิชีวนะ	Other medications ยาชนิดอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	Food (e.g nuts) อาหาร เช่น ถั่วชนิดต่างๆ	Bee or Wasp stings ผึ้ง หรือ ต่อ	<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 (e.g. rash, swelling, difficulty breathing): กรุณาระบุอาการภูมิแพ้ เช่น ผื่นคัน, บวม, หายใจติดขัด			
Treatment you usually give for acute episode:			
Is your child waiting for a referral/investigation that has not been detailed? บุตรหลานของท่านยังรอการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ที่ยังไม่สามารถชี้แจงได้ในตอนนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Has your child suffered from any of the following? If yes, please give date บุตรหลานของท่านเคยเป็น			
Has your child had any recent contact with contagious or tropical diseases? บุตรหลานของท่านได้สัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ที่มีโรคติดต่อเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Give details and any treatment received: กรุณาระบุการรักษา			
Has your child suffered from any other contagious or tropical diseases? บุตรหลานของท่านมีอาการโรคติดต่อหรือไม่ ถ้ามีกรุณาระบุการรักษา <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Give details and any treatment received: บุตรหลานของท่านได้สัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ที่มีโรคติดต่อเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือไม่			
Is your child currently taking a medication? บุตรหลานของท่านกำลังได้รับการรักษาโดยแพทย์อยู่หรือไม่ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Has your child had persistent pain the back, joints or any sports injuries? บุตรหลานของท่านเคยได้มีอุบัติเหตุที่หลัง ข้อต่อ หรืออุบัติเหตุจากกีฬา <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
If yes, please give details and recommendations about treatment ถ้าเคยกรุณาอธิบายและแนะนำวิธีการรักษาที่เคยใช้			
Has your child been immunized against บุตรหลานของท่านได้รับวัคซีน			
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	Rubella โรคหัดเยอรมัน	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Hepatitis A โรคไวรัสตับอักเสบ เอ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis B โรคไวรัสตับอักเสบบี	<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

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	
Date of last hearing test วันสุดท้ายที่ตรวจการได้ยิน	Requirements ข้อกำหนด
Detail ข้อมูล	

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.

กรุณาระบุว่าบุตรหลานของท่านกำลังได้รับการรักษาทางด้านทันตกรรม และเพื่อเป็นการไม่รบกวนเวลาเรียน กรุณาระบุวันนัดหมายแพทย์ในวันหยุดเท่านั้น

--

EMOTIONAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และจิตเวช

Has your child received psychological support (counseling or therapy)? บุตรหลานของท่านเคยได้รับการรักษาและดูแลทางด้านจิตเวชหรือไม่	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Does your child require any additional emotional support? บุตรหลานของท่านต้องการความช่วยเหลือพิเศษทางด้านอารมณ์หรือไม	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Has your child suffered a close family bereavement or other similar trauma in the last 3 years? บุตรหลานของท่านเคยได้รับผลกระทบจากการจากไปของคนรักและญาติสนิท หรือมีภาวะบอบช้ำ จากด้านจิตใจในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา	<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? บุตรหลานของท่านมีภาวะสมาธิสั้นหรือภาวะการเรียนรู้รู้อื่น ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Date Diagnosed วันที่พบอาการ	(DAY/MONTH/YEAR)
Medicine(s) ยาที่ใช่	

PARTICIPATION การเข้าร่วมกิจกรรม

Are there any reasons why your child cannot take part in normal school activities? มีเหตุผลอื่นใดหรือไม่ที่บุตรหลานของท่านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนได้	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Are there any reasons why your child cannot take part in outdoor activities such as mountain and water sports? มีเหตุผลอื่นใดหรือไม่ที่บุตรหลานของท่านไม่สามารถร่วมกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น กีฬาทางน้ำ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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

--

(DAY/MONTH/YEAR)

Signature of Parent/Guardian

Date

Print Name

March 2020



HOME OF WELL ROUNDED LEADERS OF THE FUTURE

www.regents.ac.th

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

admissions-bkk@regents.ac.th