

**Student's Information 学生自然情况信息**

**Student ID No.:** \_\_\_\_\_

<b>Family or Last Name 姓:</b>		<b>Attach recent photo here 近期照片展贴处</b>
<b>Given Name(s) 名:</b>		
<b>Date of Birth 出生日期:</b>		
<b>Gender (Male /Female) 性别:</b>		
<b>Nationality 国籍:</b>		
<b>Passport No/ID Card No. 身份证或护照号码:</b>		
<b>First Language 第一语言:</b>	<b>Other Language/s Spoken 其它语言:</b>	
<b>Grade Applying for 申请入读年级:</b>	<b>First Day in School 入学日期:</b>	
<b>Home Address in Changchun 家庭住址:</b>		

**Educational information 学生教育经历 (由距今最近的就读学校开始填写)**

<b>Name of the School 就读学校名称</b>	<b>Attendance Date 就读年份</b>	<b>Grade 就读年级</b>	<b>Age 年龄</b>

**Sibling Information (Other Children in the Family) 兄弟姐妹信息 (家庭其他子女息):**

<b>Name 姓名</b>	<b>DOB 出生日期</b>	<b>School 在读学校</b>	<b>Grade 年级</b>

## Application Form 学生入学申请表

### Parent / Guardian Information 父母/监护人信息

	Father/ Guardian 父亲/监护人	Mother/ Guardian 母亲/监护人
Name 姓名		
Position 职务		
Company Name 单位名称		
Company Address 办公地址		
Tel.电话		
Mobile 手机		
Fax 传真		
E-mail 电子邮件		

### Emergency Contact Information 紧急情况联系人

Name 姓名	Language 语言
Relationship 与学生关系	Mobile 手机
Home Tel.住宅电话	Work Tel.单位电话
Name 姓名	Language 语言
Relationship 与学生关系	Mobile 手机
Home Tel.住宅电话	Work Tel.单位电话

Please attach the appropriate document here 此处附以上联系人的有效证件复印件

Attached

# Health Information

## 学生健康信息

Name 姓名	Gender 性别	Attach recent photo here 近期照片展贴处
Date of Birth 出生日期		
Blood Type 血型    A        AB        B        O RH Factor (please circle one):    Positive        Negative		
First day at school 入学日期		
Grade 入读年级 & 班级		

### Permanent Student Medical History Record 学生病史情况 (需要时请附加证明等材料)

Name of the disease/condition 疾病/症状名称	Y 是	N 否	Medical Treatment 医疗手段/药物
多动症 Hyperactivity			
哮喘 Asthma			
糖尿病 Diabetes			
肺炎 Pneumonia			
心脏病 Heart Disease			
癫痫病 Epilepsy/Seizures			
偏头痛 Migraine			
眩晕症 Megrims			
多动症 ADHD			
水痘 Chicken Pox			
湿疹 Eczema			
脊柱问题 Spinal Problem			
肝炎 Hepatitis			
梦游症 Sleep Walking			
晕车/船 Car sickness/Seasick			
特殊饮食禁忌 Food Prohibition/Allergy			
Others 其他需要告知学校的心理、行为、情绪异常情况			

### Immunization Information 学生接种疫苗信息

(Please provide the copy of the immunization record 请提供学生的免疫接种报告的复印件)

Name of Vaccination 疫苗名称	Dates Received (Day/Month/Year) (Dates must be provided for a complete application) 接种日期(日/月/年) (日期必须填写完整)		
Measles/Mumps/Rubella(Required) 麻疹/流行性腮腺炎/风疹(必须接种)			

Diphtheria/Pertussis/Tetanus(Required) 白喉/百日咳/破伤风(必须接种)			
Poliomyelitis (Oral/Inject) (Required) 脑灰质炎(口服/注射)(必须接种)			
Hepatitis A 甲肝			
Hepatitis B 乙肝			
Varicella (Chicken Pox)水痘			

**Allergies 学生过敏反应**

Allergen Type 过敏源种类	Y 是	N 否	Allergen 过敏源名称	Drugs or Medication for Allergies 过敏症状/已知的可缓解过敏反应的 药物或医疗手段
Food 食物				
Insect bite 昆虫叮咬				
Drugs 药物				
Glues 乳胶				
Other 其他				

**Weakness/Barrier to vision, hearing, and language ability  
学生视力、听力、语言能力减弱/障碍情况**

Type 种类	Y 是	N 否	Correction Method 矫正手段
Vision 视力			
Hearing 听力			
Language 语言			

I attest that my child's health information filled in above, is accurate. If there is any change of health information, I shall inform the school immediately.

我承诺我填写的以上我的孩子的健康信息均准确无误，如我的孩子的健康信息有变化，我会在第一时间通知学校。

\_\_\_\_\_  
Parent's / Guardian's Signature 家长或监护人签名

\_\_\_\_\_  
Date 日期

✘ CAIS has the right to revise this document at any time. 长春美国国际学校将保留对此版本文件进行修改的权利