



Международная школа «Мирас»
г. Нур-Султан

Заявление-анкета

Личная информация

Фотография
ребенка

Класс, в который поступает _____

Имя студента _____
фамилия (в соответствии с документом), имя, отчество

Ф.И. на английском: _____

Дата рождения _____ Пол: Муж. _____ Жен. _____
день/ месяц /год

Место рождения _____ Гражданство _____
страна как указано в паспорте

Национальность _____

Родной язык _____ второй язык _____

Владение другими языками _____

Информация о предыдущих местах учебы:

1. Название школы _____ Город/Страна _____

класс обучения _____ язык преподавания _____

2. Название школы _____ Город/Страна _____

класс обучения _____ язык преподавания _____

3. Название школы _____ Город/Страна _____

класс обучения _____ язык преподавания _____

Пожалуйста, заполните анкету полностью.

Вопрос о зачислении ребенка не будет решен окончательно до предоставления всех перечисленных ниже документов:

Для официальных лиц

	Кем получено	Дата
1. Оригиналы документов из предыдущей школы		
2. Медицинская карта ребенка (оригинал)		
3. Ксерокопия свидетельства о рождении/паспорта ребенка		
4. Ксерокопия удостоверения личности/паспорта каждого из родителей		
5. Ксерокопия квитанции об оплате вступительного взноса и обучения		
6. Фото 3x4 (2 шт.)		

Информация о родителях

Отец

1. Полное имя отца _____
Фамилия, имя, отчество (полностью)
2. Национальность по паспорту _____ Гражданство _____
3. Место работы _____
4. Рабочий телефон: _____ Факс: _____
5. Домашний адрес: _____
6. Домашний телефон: _____ Факс: _____
7. Адрес электронной почты _____ Сот.телефон _____

Мать

1. Полное имя матери _____
Фамилия, имя, отчество (полностью)
2. Национальность по паспорту _____ Гражданство _____
3. Место работы _____
4. Рабочий телефон: _____ Факс: _____
5. Домашний адрес: _____
6. Домашний телефон: _____ Факс: _____
7. Адрес электронной почты _____ Сот.телефон _____

Братья и сестры

	Положение ребенка в семье: (обведите) единственный ребенок	1ый ребенок	2ой ребенок	3ий ребенок	4ый ребенок
СЕМЬЯ	Информация о других детях в семье				
	Имена:				
	Даты рождения:				
	Место учебы:				

Ваш ребенок:

1. Имеет ли Ваш ребенок какие-либо особые способности или интересы (в каких областях)?

2. Есть ли у Вашего ребенка хобби?

3. Как долго Ваш ребенок изучает английский язык?

4. Имеет ли Ваш ребенок проблемы, сложности, о которых необходимо знать школе, чтобы оказать поддержку Вашему ребенку?

Информация о состоянии здоровья ребенка

Внимание: Данная информация необходима для медицинской службы школы и будет храниться в личном деле ребенка. Информация должна соответствовать заключениям специалистов согласно Паспорта здоровья ребенка.

Фамилия, имя ученика _____ Класс _____

1. Болел ли Ваш ребенок следующими болезнями
- | | Да | Нет |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Корь | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Паротит | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Краснуха | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ветряная оспа | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

☐ Другие (Пожалуйста, укажите) _____

2. Есть ли у Вашего ребенка аллергия (согласно медицинскому заключению)

Пыль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Животных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Орехи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Молочные продукты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Медицинские препараты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ Другие (Пожалуйста, укажите) _____

3. Есть ли у Вашего ребенка хронические заболевания

Астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Экзема	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Эпилепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ Другие (Пожалуйста, укажите) _____

Если Вы отметили знаком «+» какую-либо колонку, пожалуйста, сообщите детали школьному врачу!

- | | Да | Нет |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Носит ли Ваш ребенок очки? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Есть ли у Вашего ребенка проблемы со слухом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Пожалуйста, укажите любую информацию, которая, по Вашему мнению, важна, и о которой необходимо знать, пока Ваш ребёнок находится в школе (например, регулярный приём медикаментов, психологическое или эмоциональное беспокойство).
-
-

7. Разрешаете ли Вы школьному врачу незамедлительно напрямую контактировать с Вами в случае необходимости оказания неотложной помощи ребенку?

Да Нет

☐☐

8. В случае болезни ребенка, услугами какой клиники пользуется Ваш ребенок (в случае экстренной необходимости) _____

9. Кто из представителей семьи (прямые родственники)/доверенных лиц имеет право забирать ребенка из школы? Указать не менее 2 человек

(имя, фамилия)

(контактный телефон)

(имя, фамилия)

(контактный телефон)

(имя, фамилия)

(контактный телефон)

10. Из каких источников Вы узнали о нашей школе? _____

11. В случае введения дистанционного обучения, каким гаджетом будет располагать Ваш ребенок? (сотовый телефон, компьютер, планшет).

Примечание для родителей

Родители обязаны информировать школу о наличии у ребёнка каких-либо заболеваний, которые требуют постоянного приема медицинских препаратов, могут быть опасны для других учащихся или негативно влиять на качество образовательного процесса как самого ребенка, так и других детей. В случае сокрытия родителями достоверной информации, школа оставляет за собой право расторжения Договора на обучение в одностороннем порядке.

Пожалуйста, проинформируйте школу в случае изменения любой информации в данной анкете.

Подпись родителя (опекуна)

Число

Пройдено собеседование с врачом

Да ☐ Нет ☐

Подпись врача

Число