

## APPLICATION FORM

Please complete the application form and return to the Admissions Office together with the application fee of 5,000 baht **(Use block letter only)**

STUDENT'S DETAILS				
First Name		Last Name		Nickname
Date of Birth	Gender	Nationality	Religion	
Height	Weight	Passport Number (If applicable)		
Proposed Semester & Year of Entry		Current School & Grade		
Language Spoken at Home		1st Language		
		2nd Language		

FATHER'S DETAILS		
First Name	Last Name	Nationality
Occupation	Company Name	
Home Address	Company Address	
Phone Number	Email	
Highest Education Level		

MOTHER'S DETAILS		
First Name	Last Name	Nationality
Occupation	Company Name	
Home Address	Company Address	
Phone Number	Email	
Highest Education Level		

## EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Please list all possible contacts in case of an emergency. Please list primary contact details first.

Name	Relationship	Mobile	Alternative Number

**Email:** 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

## AUTHORIZATION TO RELEASE SCHOOL RECORDS

We ask that you complete and sign this authorization form so that RAS may assist in the process of obtaining up to 3 years of prior school records by requesting the required records from the previous school (s) directly. Note, however, that responsibility for providing the required school records to RAS ultimately rests with the parents legal guardian.

**I authorize and request the release of all academic and behavioral records, to include where applicable, medical information, special education, psychological evaluation, and any other pertinent information to the student's school adjustment, for:**

### School Record

Student's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Date of Attend: \_\_\_\_\_

1. From (Name of School): \_\_\_\_\_

Date of Attend: \_\_\_\_\_ Last Day of Study: \_\_\_\_\_

School Office Email Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Name of Contact Person at the School: \_\_\_\_\_

Email Address of Contact Person: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Signature: \_\_\_\_\_

2. From (Name of School): \_\_\_\_\_

Date of Attend: \_\_\_\_\_ Last Day of Study: \_\_\_\_\_

School Office Email Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Name of Contact Person at the School: \_\_\_\_\_

Email Address of Contact Person: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Signature: \_\_\_\_\_

Question	Yes	No	Remark (If yes, please specify)
1. Does your child have a diagnosed learning difficulty?			
2. Has your child received any additional learning support at previous school?			
3. Is your child taking any medication to assist with learning difficulties?			
4. Do you give permission for your child to participate in all sport programs at school?			
5. Please list the people who are entitled to pick up your child from school?			

HEALTH HISTORY		
• Diabetes (โรคเบาหวาน)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Epilepsy (โรคลมบ้าหมู)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Fainting Spells (เป็นลม)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Heart Disorders (หัวใจผิดปกติ)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Meningitis (อาการไขสันหลังอักเสบ)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Scoliosis (กระดูกสันหลังคด)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Skin Problems (ปัญหาผิวหนัง)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Tuberculosis (วัณโรค)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Urinary Disorder (โรคทางเดินปัสสาวะ)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Hospitalizations or serious injuries (บาดเจ็บสาหัส)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Learning Disability (บกพร่องทางการเรียนรู้)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Developmental Disability (พัฒนาการบกพร่อง)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Psychiatric Disorder (โรคทางจิตประสาท) e.g. Mental Illness or Adjustment Disorder	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
• Others (อื่นๆ) (Please specify (โปรดระบุ): _____)	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Does your child suffer from any allergies or sensitivities? (บุตรของท่านมีอาการแพ้หรือไม่?)		
<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	If yes, please select from the following: (ถ้าใช่ โปรดเลือกจากตัวเลือกต่อไปนี้)
• Airborne allergens (สารก่อภูมิแพ้ในอากาศ): <input type="radio"/> Pollen (เกสรดอกไม้) <input type="radio"/> Animal Dander (ขนสัตว์) <input type="radio"/> Dust Mites (ไรฝุ่น) <input type="radio"/> Mold (เชื้อรา)		
• Foods (อาหาร): <input type="radio"/> Peanuts (ถั่ว) <input type="radio"/> Wheat (ข้าวสาลี) <input type="radio"/> Soy (ถั่วเหลือง) <input type="radio"/> Seafood (อาหารทะเล) <input type="radio"/> Eggs (ไข่) <input type="radio"/> Milk/Dairy Products (นม/ผลิตภัณฑ์จากนม) <input type="radio"/> MSG (ผงชูรส)		
• Insect (แมลง): <input type="radio"/> Bee Stings (เหล็กในผึ้ง) <input type="radio"/> Wasp Stings (เหล็กในต่อ)		
• Medications (ยา): <input type="radio"/> Antibiotics (ยาปฏิชีวนะ) <input type="radio"/> Aspirin (ยาแอสไพริน)		
• Others, please specify (อื่นๆ โปรดระบุ) : _____		
• Reaction to allergens (ปฏิกิริยากับสารก่อภูมิแพ้) : _____		

Does your child have health conditions? (บุตรของท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือไม่)	
<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
<p>• Does your child have a history of asthma? (บุตรของท่านมีประวัติโรคหอบหืดหรือไม่?) If yes, please specify what triggers: (ถ้าใช่ โปรดระบุสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดโรค)</p> <hr/>	
<p>• Does he/she carry an asthma inhaler? (บุตรของท่านมียาพ่นหอบหืดหรือไม่): <input type="radio"/> Yes (มี) <input type="radio"/> No (ไม่มี)</p>	
<p>• Does your child wear glasses or contact lenses? (บุตรของท่านสวมแว่นตาหรือคอนแทคเลนส์หรือไม่?): <input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)</p>	
<p>• Does your child have trouble hearing or use a hearing aid? (บุตรของท่านมีปัญหาในการได้ยินหรือใช้เครื่องช่วยฟังหรือไม่?): <input type="radio"/> Yes (มี) <input type="radio"/> No (ไม่มี)</p>	
<p>• Is your child taking regular medication? (บุตรของท่านใช้ยาทุกวันหรือไม่?): <input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)</p>	
<p>• If yes, please list the name of the medication and the time/frequency required (ถ้าใช่ โปรดระบุชื่อยาและเวลา หรือความถี่ในการใช้):</p> <hr/>	
<p>• Is there any health condition that the school should be aware of which may limit your child's physical academic or social activity? (ข้อจำกัดของสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือการเข้าสังคม ในการออกกำลังกายของบุตรของท่านที่โรงเรียนต้องตระหนักถึง?):</p> <hr/>	
<p><b>Note:</b> If you fail to disclose this information during the application process, your child's enrolment may be terminated (การไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ในการสมัครจะมีผลทำให้การสมัครเรียนเป็นโมฆะ และไม่สามารถขอเงินคืนได้)</p>	

Students may not receive medication unless written permission is signed by a parent or guardian. Parents of students will be contacted before any medication is given by signing below: (นักเรียนอาจจะไม่ได้รับการรักษาเว้นแต่จะได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองของนักเรียนจะได้รับการติดต่อก่อนที่นักเรียนจะได้รับการรักษาใดๆ โดยการลงนามให้อนุญาตที่ด้านล่าง):

- I attest that all the above information is accurate. (ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดข้างต้นเป็นความจริง):
- I hereby give permission to the school to administer the following medications to my child if deemed necessary by the school nurse. However, my approval shall be obtained first before administering such medication: (ข้าพเจ้าอนุญาตให้พยาบาลของโรงเรียนให้ยาต่อไปนี้กับบุตรของข้าพเจ้าหากจำเป็น โดยต้องได้รับการอนุมัติจากข้าพเจ้าก่อน):
  - ☐ Paracetamol (ยาแก้ปวด)
  - ☐ Antacid (ยาแก้ท้องเฟ้อ)
  - ☐ Ibuprofen (ยาแก้อักเสบ)
  - ☐ Antihistamine (ยาแก้แพ้)
- I hereby give permission for emergency measures to be initiated in case of accident or sudden illness with the understanding that I will be notified. (ข้าพเจ้าอนุญาตให้ดำเนินการรักษาในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยข้าพเจ้าจะได้รับแจ้งจากทางโรงเรียนอย่างชัดเจน)

Parent Signature (ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ Date (วันที่) \_\_\_\_\_