



GLOBAL ENGLISH SCHOOL (Satit Christian Wittaya)
24/29-32 Pracharat Rd. Moo 6, Tambol Talat Khwan
Amphur Muang, Nonthaburi 11000 THAILAND
Phone: 02-525-1302 or 02-968-4870 | Fax: 02-968-4871
Email: globalenglishschool@gmail.com | Web: www.ges.ac.th

GES STUDENT APPLICATION
ใบสมัครนักเรียนโรงเรียนสาธิตคริสเตียนวิทยา

FOR OFFICE PERSONNEL ONLY	STUDENT'S PICTURE รูปขออนุญาตเรียน 1" x 1"
Date Received วันที่ (dd/mm/yyyy):	
Received By ผู้รับเรื่อง:	
Student ID:	

1. Student Information (ข้อมูลนักเรียน)			
First Name (written in English): ชื่อนักเรียน:	Last Name (written in English): นามสกุล:	Play Name (in English): ชื่อเล่น(ภาษาไทย):	<input type="checkbox"/> Male (ชาย) <input type="checkbox"/> Female (หญิง)
Date of Birth (dd/mm/yyyy): วันเกิด:	Nationality: สัญชาติ:	Religion: ศาสนา:	Age at Application: อายุ:
Student Transportation นักเรียนต้องการรถรับส่ง: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Thai ID (บัตรประชาชน): Passport No. (หนังสือเดินทาง):	Intended Date of Entry: จะเริ่มเรียนเมื่อไร:	

2. Academic History (ข้อมูลทางวิชาการ)		
Previous School โรงเรียนก่อนหน้านี้:	<input type="checkbox"/> Thai School (โรงเรียนไทย) <input type="checkbox"/> International School (โรงเรียนนานาชาติ)	Grade ชั้น: Academic Grade คะแนนเฉลี่ย:
Strongest Subject(s) วิชาที่ชื่นชอบ:	Weakest Subject(s) วิชาที่อ่อน:	
First Language: ภาษาแรก:	Second Language: ภาษาที่สอง:	Language at Home: ภาษาพูดที่บ้าน:
English Proficiency ระดับความรู้ภาษาอังกฤษ: <input type="checkbox"/> Fluent (ยอดเยี่ยม) <input type="checkbox"/> Good (ดี) <input type="checkbox"/> Fair (ปานกลาง) <input type="checkbox"/> Limited (ต่ำ)		
Please list the student skills, interests/talents or school awards received. นักเรียนมีความสามารถพิเศษ/พรสวรรค์อะไร? เคยได้รับรางวัลจากการแข่งขันอะไรบ้าง?		
Has this student ever been suspended or expelled from any school for any reasons? Explain. นักเรียนเคยถูกระงับการเรียน หรือถูกไล่ออกจากโรงเรียนด้วยเหตุผลใด ๆ หรือไม่? กรุณาอธิบาย?		

Has this student ever been retained in any grade? If so, what grade?

นักเรียนเคยได้รับการซ้ำชั้นหรือไม่? ชั้นอะไร?

Is the student diagnosed as having or receiving treatment for a learning disability?

นักเรียนเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาในการเรียนรู้หรือได้รับการรักษาสำหรับปัญหาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องหรือไม่?

3. Medical Information (ข้อมูลสุขภาพ)

Please list any food or medical allergies.

ขอรายละเอียดการแพ้อาหารและยาของนักเรียน.

Does the child have any serious health problems that might affect his study or play activities? Please explain. นักเรียนมีปัญหาสุขภาพใด ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาหรือการเล่นกิจกรรมของเขา? กรุณาอธิบาย.

Does the school have permission to seek medical help for the student, if parents are unable to be reached? โรงเรียนสามารถที่จะทำการรักษาพยาบาลนักเรียนได้ทันที ในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อกับผู้ปกครองได้หรือไม่?

4. Parent and/or Guardian Information (ข้อมูลผู้ปกครอง)

Full Name ชื่อและนามสกุล:

Father (คุณพ่อ) Mother (คุณแม่) Guardian (ผู้ปกครอง)

Email อีเมล:

Mobile มือถือ:

Telephone โทร:

Home Address ที่อยู่ที่บ้าน:

Employer ที่ทำงาน:

Position ตำแหน่ง:

Work Address ที่อยู่ทำงาน:

Contact Number เบอร์ที่ทำงาน:

Full Name ชื่อและนามสกุล:

Father (คุณพ่อ) Mother (คุณแม่) Guardian (ผู้ปกครอง)

Email อีเมล:

Mobile มือถือ:

Telephone โทร:

Home Address ที่อยู่ที่บ้าน:

Employer ที่ทำงาน:

Position ตำแหน่ง:

Work Address ที่อยู่ทำงาน:

Contact Number เบอร์ที่ทำงาน:

Marital Status: Single (โสด) Married (สมรส) Divorced (หย่าร้าง)

สถานภาพการสมรส: Separated (แยกกันอยู่) Remarried (แต่งงานใหม่)

How did you hear about GES? Website (เว็บไซต์) Facebook Advertisement (โฆษณา)

รู้จักโรงเรียน GES จากที่ไหน? Family/Friends (ครอบครัว/เพื่อนแนะนำ) Other (อื่นๆ) _____

Signature of Parent/Guardian:

ลายเซ็นผู้ปกครอง:

**FATHER'S
PICTURE**

รูปของคุณพ่อ
1" x 1"

**MOTHER'S
PICTURE**

รูปของคุณแม่
1" x 1"

**GUARDIAN'S
PICTURE**

รูปของผู้ปกครอง
1" x 1"



GLOBAL ENGLISH SCHOOL (Satit Christian Wittaya)
24/29-32 Pracharat Rd. Moo 6, Tambol Talat Khwan
Amphur Muang, Nonthaburi 11000 THAILAND
Phone: 02-525-1302 or 02-968-4870 | Fax: 02-968-4871
Email: globalenglishschool@gmail.com | Web: www.ges.ac.th

GES STUDENT MEDICAL HISTORY FORM

ประวัติทางการแพทย์ของนักเรียน

FOR OFFICE PERSONNEL ONLY	
Date received วันที่ (dd/mm/yyyy):	Received by ได้รับโดย:

1. Student Information (ข้อมูลนักเรียน)		
First Name (written in English):	Last Name (written in English):	Play Name (in English): ชื่อเล่น(ภาษาไทย):
ชื่อนักเรียน:	นามสกุล:	<input type="checkbox"/> Male (ชาย) <input type="checkbox"/> Female (หญิง)
Date of Birth (dd/mm/yyyy): วันเกิด:	Blood Type: หมู่เลือด:	Nationality: สัญชาติ:

2. Health Condition (ภาวะสุขภาพ)	
Check which conditions your child has/has had.	โปรดระบุโรคที่นักเรียนเคยเป็น.
<input type="checkbox"/> Allergies or Hay Fever	<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้หรือไข้ละอองฟาง
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> โลหิตจาง
<input type="checkbox"/> Asthma or Wheezing	<input type="checkbox"/> โรคหืดหรือหายใจลำบาก
<input type="checkbox"/> Behavioral Problems	<input type="checkbox"/> มีปัญหาด้านพฤติกรรม
<input type="checkbox"/> Birth or Congenital Malformation	<input type="checkbox"/> พิการแต่กำเนิด
<input type="checkbox"/> Chicken Pox	<input type="checkbox"/> โรคอีสุกอีใส
<input type="checkbox"/> Chronic Diarrhea or Constipation	<input type="checkbox"/> ท้องร่วงหรือท้องผูกเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/> Emotional Disturbance	<input type="checkbox"/> มีปัญหาทางอารมณ์
<input type="checkbox"/> Eye Problems or Poor Vision	<input type="checkbox"/> มีปัญหาสายตา, ตาฟาง
<input type="checkbox"/> Frequent Headaches	<input type="checkbox"/> ปวดหัวบ่อย
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> โรคตับอักเสบ
<input type="checkbox"/> Kidney Disease, Type _____	<input type="checkbox"/> โรคไต, ชนิด _____
<input type="checkbox"/> Measles (Old Fashioned or Ten Day)	<input type="checkbox"/> โรคหัด
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> โรคคางทูม
<input type="checkbox"/> Poor Hearing	<input type="checkbox"/> มีปัญหาในการได้ยิน
<input type="checkbox"/> Seizures or Epilepsy	<input type="checkbox"/> โรคลมชักหรือลมบ้าหมู
<input type="checkbox"/> Suicide Attempts	<input type="checkbox"/> เคยพยายามฆ่าตัวตาย
<input type="checkbox"/> Urinary Tract Infection	<input type="checkbox"/> การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

3. Allergies (โรคภูมิแพ้/อาการแพ้)

Please list or describe any allergies or adverse reactions to the following.

โปรดระบุถึงโรคภูมิแพ้ต่าง ๆ หรืออาการแพ้ต่อสิ่งต่าง ๆ.

- Medicine Drugs (นักเรียนเคยแพ้ยาชนิดใด): _____

- Foods, Plants, Animals or Other (อาหาร/พืช/สัตว์/อื่นๆ ที่นักเรียนแพ้): _____

Recommended treatment, if allergies are severe (โปรดระบุวิธีบรรเทาหากเกิดอาการแพ้รุนแรง):

4. Injuries and Illnesses (อุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง)

Please list any severe injuries or illnesses.

โปรดระบุการเกิดอุบัติเหตุหรืออาการเจ็บป่วยที่ร้ายแรงที่ท่านเคยเป็น

Age of Child

เมื่ออายุ

Hospitalized (check)

ซีด (✓)

	Age of Child เมื่ออายุ	Hospitalized (check) ซีด (✓)

5. Additional Information

Does your child take daily medication? If so, what kinds? ยาอะไรที่นักเรียนรับประทานทุกวัน?

Does your child have accidental insurance? If yes, then what kind is it and from what company?

มีประกันอุบัติเหตุหรือไม่? ถ้ามีจากบริษัทอะไร?

Yes (มี)

No (ไม่มี)

Does your child have health insurance? If yes, then what kind is it and from what company?

มีประกันอุบัติเหตุหรือไม่? ถ้ามีจากบริษัทอะไร?

Yes (มี)

No (ไม่มี)

Parent/Guardian Signature: _____ Date (dd/mm/yyyy): _____

(ลายเซ็นผู้ปกครอง)

(วันที่)