



- ☐ 15 March – 13 April 2025 (4 weeks)
☐ 15 March – 11 May 2025 (8 weeks)

Application Form

ข้อมูลผู้สมัคร (ENGLISH)

Given Name _____
Family Name _____
Nick Name _____ Date of Birth ____/____/____
Age _____ () Male () Female
Address _____

City _____ Postcode _____
Home Telephone _____ Mobile Phone _____
Fax _____ Email _____
Line ID _____

ข้อมูลผู้สมัคร (ภาษาไทย)

ชื่อ _____
นามสกุล _____
ชื่อเล่น _____ กำลังศึกษาอยู่ชั้น ____/____ เลขประจำตัวนักเรียน _____
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน _____
หมายเลขหนังสือเดินทาง _____ วันหมดอายุ _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____
_____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
มีพี่น้อง _____ คน เป็นหญิง _____ คน ชาย _____ คน ผู้สมัครเป็นลูกคนที่ _____
เคยเดินทางไปต่างประเทศหรือไม่ () ไม่เคย () เคย ระบุ _____
มีโรคประจำตัวหรือไม่ () ไม่มี () มี ระบุ _____
โฮมสเตย์ที่ต้องการ () ไม่มีเด็ก () มีเด็ก () ไม่เจาะจง
() มีสัตว์เลี้ยง () ไม่มีสัตว์เลี้ยง () ไม่เจาะจง **Home stay ส่วนใหญ่มีสัตว์เลี้ยง
อาหารที่รับประทานไม่ได้ (โปรดระบุ) _____
งานอดิเรก / ความสนใจ (โปรดระบุ) _____

****ทางโรงเรียนจะพยายามจัดหาที่พักให้ใกล้เคียงกับความต้องการมากที่สุด แต่อาจจะไม่ตรงกับความต้องการทั้งหมด****

ข้อมูลผู้ปกครอง (ภาษาไทย)

ชื่อคุณพ่อ _____ นามสกุล _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____

เบอร์โทรศัพท์บ้าน _____

เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____ Email _____

อาชีพ _____ สถานที่ทำงาน _____

Line ID _____

ชื่อคุณแม่ _____ นามสกุล _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____

เบอร์โทรศัพท์บ้าน _____

เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____ Email _____

อาชีพ _____ สถานที่ทำงาน _____

Line ID _____

บุคคลที่ต้องการให้ติดต่อ () บิดา () มารดา

ลายมือชื่อนักเรียน _____ ลงวันที่ ____/____/____

ลายมือชื่อผู้ปกครอง _____ ลงวันที่ ____/____/____

P.R.C. Global Experience Student Information Sheet

(This form must be completed in English)

Student Name: _____ Age: _____

Nick Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Address: _____

Student's E-mail: _____

Father's Name: _____ Profession: _____

Phone Number: _____ Cell Number: _____

Mother's Name: _____ Profession: _____

Phone Number: _____ Cell Number: _____

Parent's E-mail: _____

Medical Information:

Please list any medicine problems, food/dietary, allergies, or medications you have or are taking.

My hobbies are:

My favorite sports are:

My favorite foods are:

My favorite school subjects are:

Write a short paragraph about why you want to study in New Zealand.



รูปถ่ายขนาด 4" x 6"

Name:

Nickname: Date of Birth: Age:

E-mail: Cell Phone:

Facebook Account:

Line ID: Skype Account:

Health Profile and Medical Consent

This profile is designed to assist with the care of all students on Language Immersion Program. One form to be completed for EACH participant. กรุณารอกเป็นภาษาอังกฤษ

Name : _____
(ชื่อ-สกุล นักเรียน)

1. Please tick if you have any of the following:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Migraine ไมเกรน | ☐ Epilepsy โรคลมบ้าหมู | ☐ Asthma โรคหืดหอบ |
| ☐ Diabetes โรคเบาหวาน | ☐ Travel sickness เมาเรือ/เมาเรือ | ☐ Dizzy spells โรคเวียน |
| ☐ Fits of any type ความผิดปกติด้านสมอง | ☐ Chronic nose bleeds เลือดกำเดาไหลเรื้อรัง | |
| ☐ Heart condition โรคหัวใจ | ☐ Colour blindness ตาบอดสี | ☐ ADHD โรคสมาธิสั้น |
| ☐ Other (please specify) โรคอื่น ๆ (โปรดระบุ) _____ | | |

For overnight events ☐ Sleepwalking นอนละเมอ ☐ bedwetting ปัสสาวะรดที่นอน

2. Are you correctly taking medication? มียาที่ต้องทานเป็นประจำหรือไม่ ☐ Yes มี ☐ No ไม่มี

If YES, please state ถ้ามีโปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติม:

Health condition(s): _____

อาการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องทานยา

Name of medication (s): _____

ชื่อยาที่ท่าน

Dosage and time(s) to be taken: _____

การรักษาพยาบาลอื่น ๆ เพิ่มเติม นอกจากการทานยา

3. Have you had any major injuries (breaks or stains) or illness (glandular fever etc) in the last six months that may limit full participation in any activities? ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการผ่าตัดใหญ่เนื่องจากกระดูกแตก/หัก หรือเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสหรือไม่

☐ Yes เคย ☐ No ไม่เคย

If yes, please state the injury illness ถ้าเคย กรุณาให้ข้อมูลเพิ่มเติม:

4. Outline any dietary requirements โปรดระบุความต้องการด้านโภชนาการ (หากมี):

5. What pain/flu medication may your child be given if necessary? มีการดูแล/รักษาอะไรและอย่างไรบ้างที่บุตรหลานของท่านอาจต้องการ หากเกิดกรณีฉุกเฉิน

6. Are you allergic to any of the following?

ท่านมีอาการแพ้สิ่งต่างๆ เหล่านี้ หรือไม่

Yes แพ้

No ไม่แพ้

Please specify โปรดระบุ

Prescription medication แพ้ยา

☐☐

Food แพ้อาหาร

☐☐

Insect bites/stings แพ้แมลงสัตว์กัดต่อย

☐☐

Other allergies อื่นๆ

☐☐

What treatment is required? ต้องรักษาอย่างไร

7. To the best of your knowledge. Have you been in contact with any contagious or infectious disease in the last four weeks? ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยเป็นโรคติดต่อหรือไม่

☐ Yes เคย ☐ No ไม่เคย

If YES, please give brief details ถ้าเคย กรุณาให้ข้อมูลเพิ่มเติม:

8. Is there any information the staff should know to ensure the physical and emotional safety of you? (For example cultural practices; disability; anxiety; about heights/darkness/small spaces; behavior or emotional problems). มีข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางจิตและอารมณ์ของท่านที่ทางเจ้าหน้าที่ควรทราบหรือไม่ เช่น ความพิการ ความกังวลเรื่อง ความสูง สีสัน หรือปัญหาทางด้านอารมณ์อื่นๆ

☐ Yes มี ☐ No ไม่มี

If YES, please state or attach the information ถ้ามี กรุณาให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือแนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง:

☐ I agree that if prescribed medication needs to be administered, a designated adult will be assigned to do this. I will ensure that prescribed medication is clearly labeled, securely fastened and handed to the designated adult with instructions on its administration. ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้รับผิดชอบโครงการ กระทำการแทนเกี่ยวกับการอนุญาตให้รักษาพยาบาล โดยข้าพเจ้านับใจว่า การให้การรักษาพยาบาลได้เป็นไปตามกระบวนการและขั้นตอน

☐ I will inform the school as soon as possible of any changes in the medical or other circumstances between now and the commencement of the event. ข้าพเจ้าจะแจ้งกับทางโรงเรียนโดยทันที หากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการใช้ยาต่างๆ นับตั้งแต่วันที่กรอกแบบฟอร์มนี้จนถึงวันที่เริ่มกิจกรรม Venture Southland PRC Holiday Camp

☐ I agree to my child/myself receiving any emergency medical, dental, or surgical treatment, including an aesthetic or blood transfusion, as considered necessary by the medical authorities present. ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรหลานรับการรักษาพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน การรับการทันตกรรม หรือการรับการผ่าตัด รวมถึงการบำบัดด้านจิตเวช และการรับเลือด ทั้งนี้ให้เป็นไปตามการวินิจฉัยของแพทย์ที่ให้การรักษา

To be read and signed by parent/caregiver of child participant.

Signature ลายมือชื่อผู้ปกครอง: _____

Name ชื่อ-นามสกุล ผู้ปกครอง: _____ Date ว/ด/ป: _____

THIS FORM OR A COPY MUST BE TAKEN ON THE EVENT. A COPY SHOULD BE RETAINED BY PRC STAFF.

Consent Letter

We, _____ (ชื่อคุณพ่อ), _____ (ชื่อคุณแม่),
the father and mother of _____ (ชื่อนักเรียน),
Date of Birth _____, Passport number _____, give a permission
to _____ (ชื่อนักเรียน) to study at _____,
New Zealand between _____ and _____.

We already paid for our daughter 's tuition fee, accommodation fee, cost of living for the whole period of stay, and return air ticket fees. Also, we will take the responsibility for any costs occurred while our daughter studies in New Zealand.

Mr. _____ (ชื่อ) _____ (ลายเซ็น)
Father's Identification number _____ (หมายเลขบัตรประชาชน)
Date ____/____/____

Ms./Mrs. . _____ (ชื่อ) _____ (ลายเซ็น)
Mother's Identification number _____ (หมายเลขบัตรประชาชน)
Date ____/____/____

ผู้ประสานงาน นางสาวไสรยา บณห์หล่อ โทร. 053-242038, 242550 ต่อ 250, 083-3073384