

Weekend Chinese Program Application

華美學校周末中文班入學申請表

2006 - 2007 School Year

Cantonese Class

廣東話班

Child's Name _____

兒童姓名

Address _____

地址

Mandarin Class

國語班

Chinese Name _____

中文姓名

Zip _____ Home phone _____

郵遞區號 住所電話

Birthplace _____

出生地點

女

Birth Date ____/____/____ Sex: M F

生日

M D Yr

男

Father's Name _____

父親姓名

Employer _____

僱主

Occupation _____

職業

Work Phone _____

工作電話

Mother's Name _____

母親姓名

Employer _____

僱主

Occupation _____

職業

Work Phone _____

工作電話

Other Alternative Phone Number _____

其它電話號碼

E-mail address: _____

電子郵件地址

Language Skill Level: (1) fluent 流利 (2) fair 普通 (3) a little 少許 (4) none 無

English _____ Cantonese _____ Mandarin _____ Other _____

語言程度

英語

廣東話

國語

其它

My child has studied Cantonese _____, Mandarin _____ for _____ years.

他 / 她學習

廣東話

國語

已有

年

Language spoken at home _____ English School Grade Level: _____

在家使用語言

英文學校年級

Special interests or talents (music, arts, etc.) 其他方面興趣或天份

Office use: Registration fee: _____

Application Date: _____

Class Assigned: _____

Start Date: _____

Registration Fee _____

Tuition payment _____

Emergency and Identification Information

Child's Name: _____

兒童姓名

Birth Date: _____

出生日期

Emergency Contact and Pick Up 緊急聯絡和授權接取孩童人士
Name of persons authorized to take child from the facility.

Name姓名

Relationship 關係

Phone電話

Medical Information 醫療資料

Physician's Name

兒科醫生姓名

Insurance Policy #

醫療保險

Phone #

電話

Dentist Name

牙科醫生姓名

Insurance Policy #

醫療保險

Phone #

電話

I give consent to Wah Mei School to provide all emergency dental or medical care prescribed by a duly licensed physician (M.D.) Osteopath (D.O.) or dentist (D.D.S.) for my child _____ .

This care may be given under whatever conditions are necessary to preserve the life, limb or well being of my dependent.

我同意華美學校給予我的孩子緊急醫療，以保存其生命、四肢及健康。

My child has the following medication allergies: 我的孩子有下列醫藥過敏狀況

Parent/Guardian Signature 家長/ 監護人簽名

Date 日期