

Weekend Chinese Program Application

華美學校周末中文班入學申請表

20__ - 20__ School Year

Cantonese Class <input type="checkbox"/> 廣東話班	Mandarin Class <input type="checkbox"/> 國語班	Preschooler Class <input type="checkbox"/> 學前班 A: _____ B: _____ 9:30 – 10:20 a.m. 10:30 – 11:20 a.m.
---	---	--

Child's Name _____ **Chinese Name** _____
兒童姓名 中文姓名

Address _____ **Zip** _____ **Home phone** _____
地址 郵遞區號 住所電話

Birthplace _____ **Birth Date** ____/____/____ **Sex:** M F
出生地點 生日 MM DD Yr 男 女

Father's Name _____ **Occupation** _____
父親姓名 職業

Employer _____ **Work Phone** _____
僱主 工作電話

Mother's Name _____ **Occupation** _____
母親姓名 職業

Employer _____ **Work Phone** _____
僱主 工作電話

Other Alternative Phone Number _____ **E-mail address:** _____
其它電話號碼 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: _____ Birth Date: _____

兒童姓名 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 Insurance Policy # Phone #

兒科醫生姓名 醫療保險 電話

Dentist Name Insurance Policy # Phone #

牙科醫生姓名 醫療保險 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