



ใบสมัครนักเรียน

Student Application Form

PHOTO

เลขประจำตัวนักเรียน Student ID No.		ภาษาหลักของเด็ก Child's First Language		
วันที่ Date	สำหรับปีการศึกษา For the Academic Year of	<input type="checkbox"/> เด็กเล็ก Nursery	<input type="checkbox"/> อนุบาล Kindergarten	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา Prathom Suksa
ประวัติส่วนตัวนักเรียน / Personal Record				
ชื่อ -นามสกุล Full Name (in Thai)	ชื่อเล่น Nick Name (in Thai)	เพศ Gender	<input type="checkbox"/> ชาย Male	
ชื่อ -นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Full Name (in English)	ชื่อเล่น (ภาษาอังกฤษ) Nick Name (in English)		<input type="checkbox"/> หญิง Female	
วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth (dd/mm/yy)	อายุ Age	น้ำหนัก Weight	ส่วนสูง Height	
ศาสนา Religion	สัญชาติ Nationality	เชื้อชาติ Race/Ethnicity	เลขบัตรประจำตัวประชาชน Thai ID Card or Passport Number	
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ Registered address no.	ตรอก/ซอย Soi	หมู่บ้าน Moo Ban / Village	ถนน Road	
แขวง/ตำบล Tambon	เขต/อำเภอ Ampor	จังหวัด Province	รหัสไปรษณีย์ Postcode	
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ Current Address No.	ตรอก/ซอย Soi	หมู่บ้าน Moo Ban / Village	ถนน Road	
แขวง/ตำบล Tambon	เขต/อำเภอ Ampor	จังหวัด Province	รหัสไปรษณีย์ Postcode	
ประวัติการศึกษา / Educational Record				
ระดับชั้นเด็กเล็ก/อนุบาล Nursery/ Kindergarten	โรงเรียน School Name	เหตุผลที่ออก Reason for leaving school		
ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ Primary level /Prathom Suksa	โรงเรียน School Name	เหตุผลที่ออก Reason for leaving school		
ระดับชั้นสูงสุดที่นักเรียนจบการศึกษา Last grade fully completed	พ.ศ. Year	โรงเรียน School Name		
สถานภาพครอบครัว / Family Status				
สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง Parent's Marital Status	<input type="checkbox"/> สมรส Married	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง Divorced	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ Separated	<input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม Deceased
โดยนักเรียนอยู่ในความปกครองของ Student is under supervision of	<input type="checkbox"/> บิดา Father	<input type="checkbox"/> มารดา Mother	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ Other, please specify	ความสัมพันธ์ Relationship
ชื่อบิดา Name of Father	อายุ Age	อาชีพ Occupation	<input type="checkbox"/> มีชีวิต Alive	<input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม Deceased
ศาสนา Religion	สัญชาติ Nationality	เชื้อชาติ Race / Ethnicity	อีเมลล์ Email Address	
การศึกษา Education	ชื่อและที่อยู่ของสถานที่ทำงาน Company Name and Address			
ประเภทของกิจการ Type of Business	รายได้ต่อเดือน Income per month	เบอร์โทรศัพท์ Phone no.		
ชื่อมารดา Name of Mother	อายุ Age	อาชีพ Occupation	<input type="checkbox"/> มีชีวิต Alive	<input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม Deceased
ศาสนา Religion	สัญชาติ Nationality	เชื้อชาติ Race / Ethnicity	อีเมลล์ Email Address	
การศึกษา Education	ชื่อและที่อยู่ของสถานที่ทำงาน Company Name and Address			
ประเภทของกิจการ Type of Business	รายได้ต่อเดือน Income per month	เบอร์โทรศัพท์ Phone no.		

จำนวนพี่น้อง Number of Siblings				
คนที่ No.	ชื่อ - สกุล และ อายุ Full Name and Age	สถานที่ทำงาน / สถานที่ศึกษา Place of Work / Study	จังหวัด Province	โทรศัพท์ Telephone
1				
2				
3				
4				
5				
ประวัติสุขภาพนักเรียน / Health and medical information				
กรุ๊ปเลือด / Blood Type		โรคประจำตัว / Any Systemic Disease?		
โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเป็นประจำ Hospital with Regular Medical Record		แพทย์ประจำตัว Personal Doctor	เบอร์โทรศัพท์ Phone no.	
ประวัติอาการแพ้ต่างๆ / Allergy or intolerance information				
<input type="checkbox"/> แพ้ยา โปรตีน Drug allergy, please specify				
อาการ Symptom		ความถี่ของการแพ้ Frequency		
ความรุนแรง Severity	<input type="checkbox"/> แพ้เล็กน้อย Low level of allergy, no medication required	<input type="checkbox"/> แพ้ปานกลาง Medium level of allergy, medical prescription required	<input type="checkbox"/> แพ้ค่อนข้างรุนแรงควรให้ยาหรือพบแพทย์ High level of allergy, medical intervention recommended	<input type="checkbox"/> แพ้รุนแรงมากต้องให้ยาหรือพบแพทย์ทันที Severely high level of allergy, need medication or must see a doctor urgently
ยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการแพ้ Medication required		ปริมาณการใช้ยา Medication dosage		
<input type="checkbox"/> แพ้อาหาร โปรตีน Food allergy, please specify				
อาการ Symptom		ความถี่ของการแพ้ Frequency		
ความรุนแรง Severity	<input type="checkbox"/> แพ้เล็กน้อย Low level of allergy, no medication required	<input type="checkbox"/> แพ้ปานกลาง Medium level of allergy, medical prescription required	<input type="checkbox"/> แพ้ค่อนข้างรุนแรงควรให้ยาหรือพบแพทย์ High level of allergy, medical intervention recommended	<input type="checkbox"/> แพ้รุนแรงมากต้องให้ยาหรือพบแพทย์ทันที Severely high level of allergy, need medication or must see a doctor urgently
ยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการแพ้ Medication required		ปริมาณการใช้ยา Medication dosage		
<input type="checkbox"/> อาการแพ้อื่นๆ โปรตีน Other allergy, please specify				
อาการ Symptom		ความถี่ของการแพ้ Frequency		
ความรุนแรง Severity	<input type="checkbox"/> แพ้เล็กน้อย Low level of allergy, no medication required	<input type="checkbox"/> แพ้ปานกลาง Medium level of allergy, medical prescription required	<input type="checkbox"/> แพ้ค่อนข้างรุนแรงควรให้ยาหรือพบแพทย์ High level of allergy, medical intervention recommended	<input type="checkbox"/> แพ้รุนแรงมากต้องให้ยาหรือพบแพทย์ทันที Severely high level of allergy, need medication or must see a doctor urgently
ยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการแพ้ Medication required		ปริมาณการใช้ยา Medication dosage		
ประวัติการเจ็บป่วย History of illness				
กรุณาทำเครื่องหมาย X ในช่องของโรคที่นักเรียนเคยเป็น Please mark 'X' if your child has had these illness				
<input type="checkbox"/> หัด / Measles	<input type="checkbox"/> หวัดบ่อยๆ / Catarrh	<input type="checkbox"/> ไทฟอยด์ / Typhoid		
<input type="checkbox"/> อีสุกอีใส / Chickenpox	<input type="checkbox"/> หอบหืด / Asthma	<input type="checkbox"/> ลมบ้าหมู / Epilepsy		
<input type="checkbox"/> คางทูม / Mumps	<input type="checkbox"/> ปวดบวม Pneumonia	<input type="checkbox"/> คอพอก / Goiter		
<input type="checkbox"/> คอตีบ / Diphtheria	<input type="checkbox"/> วัณโรค / Tuberculosis	<input type="checkbox"/> โลหิตจาง / Anemia		
<input type="checkbox"/> ไอกรน / Pertussis	<input type="checkbox"/> ไข้เลือดออก / Dengue	<input type="checkbox"/> อื่นๆ / Others _____		
กรุณาทำเครื่องหมาย X ในช่องของโรคที่บุคคลในครอบครัวเคยเป็น Please mark 'X' if any family members suffer these illness				
<input type="checkbox"/> วัณโรค / Tuberculosis				
<input type="checkbox"/> ลมบ้าหมู / Epilepsy				
<input type="checkbox"/> โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต / Psychosis				
<input type="checkbox"/> อื่นๆ / Others _____				
ประวัติทางการแพทย์ (กรณีเจ็บป่วยร้ายแรงและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เกินกว่า 3 วัน) Please specify any serious illnesses or injuries requiring hospitalization for more than 3 days				
เมื่อวันที่ Dates	ด้วยโรค/อาการ Illness			
เมื่อวันที่ Dates	ด้วยโรค/อาการ Illness			
เคยเข้ารับการผ่าตัด Any major operation	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	ถ้าเคย เนื่องจาก If yes, please specify	เมื่อวันที่ Date	
เคยเข้าพบจิตแพทย์ Any psychiatric treatment	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	ถ้าเคย เนื่องจาก If yes, please specify	เมื่อวันที่ Date	

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน (หากไม่สามารถติดต่อบิดาหรือมารดาได้) / In case of emergency please contact (other than parents)

คนที่ 1 First person	เบอร์โทรศัพท์ Phone no.	ความสัมพันธ์ Relationship
คนที่ 2 Second person	เบอร์โทรศัพท์ Phone no.	ความสัมพันธ์ Relationship
คนที่ 3 Third person	เบอร์โทรศัพท์ Phone no.	ความสัมพันธ์ Relationship

แนวคิดในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของท่าน / Raising your child

การสอนให้ลูกช่วยเหลือตนเอง / What can your child do to take care of themselves? (ex: getting dressed)

การปลูกฝังนิสัยรักการอ่าน / How do you support your child's reading?

กิจกรรมนอกเหนือจากการเรียน / Does your child participate in any non-academic activities?

การปลูกฝังความมีวินัย / What do you do if your child behaves inappropriately?

พฤติกรรมที่ดีของลูก / What are your child's good behaviours?

พฤติกรรมที่ควรปรับปรุงของลูก / What behaviours would you like your child to improve?

มีปัญหาใดที่อาจมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ของลูกที่โรงเรียนหรือไม่ / Are there any issues that may adversely affect your child's learning at school?

เกี่ยวกับโรงเรียนปัญญาเด่น / About Panyaden School

ข้อคิดเห็นหลังจากเยี่ยมชมโรงเรียน / Do you have any comments or concerns about Panyaden School?

เหตุผลในการตัดสินใจให้นักเรียนเข้าเรียนในโรงเรียนปัญญาเด่น / Reason for choosing Panyaden School

ท่านตั้งใจจะให้นักเรียนศึกษาที่โรงเรียนปัญญาเด่นจนถึงระดับชั้น _____ และคาดว่าจะศึกษาต่อที่โรงเรียน _____

How long do you and your child plan to study at Panyaden? _____ Where do you expect to further your child's education? _____

ท่านทราบข้อมูลของโรงเรียนปัญญาเด่นจาก _____

How do you know about Panyaden School _____

- สื่อสิ่งพิมพ์ โปสเตอร์ ใบปลิว หนังสือ _____
- Print Media, please specify _____
- ป้ายโฆษณา _____
- Billboard _____
- งานนิทรรศการด้านการศึกษา โปสเตอร์ ใบปลิว _____
- Educational Exhibition, please specify _____
- เพื่อนหรือญาติพี่น้อง _____
- Friends / Relatives _____
- อินเทอร์เน็ต โปสเตอร์ เว็บไซต์ _____
- Internet Search, please specify search engine _____
- อื่นๆ โปสเตอร์ _____
- Others, please specify _____

ลงชื่อ _____ ผู้ปกครอง _____ วันที่ _____

Signature Parents/Guardian Date

แผนที่บ้านโดยละเอียด / Map in details

ชื่อนักเรียน Child's Name	นามสกุล Last name	ชื่อเล่น Nick name	ชั้น Year
ที่อยู่ เลขที่ Address	หมู่ที่ Moo	หมู่บ้าน Moo Ban / Village	ซอย Soi
ถนน Road	แขวง/ตำบล Tambon	เขต/อำเภอ Ampor	จังหวัด Province
โทรศัพท์ Phone	โทรสาร Fax		
โดยปกติ ท่านใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านมายังโรงเรียนปทุมธานีประมาณ How long does it take from your house to school (approximately)		ชั่วโมง hour	นาที minutes
สถานที่ใกล้เคียงที่สังเกตได้ชัด Any major landmarks?			

เฉพาะเจ้าหน้าที่ / Staff Use Only

ยืนยันการเข้าศึกษาปีการศึกษา สรูปผลการประเมิน	ภาคเรียน	ระดับชั้น
เจ้าหน้าที่รับใบสมัคร		วันที่

ผลการประเมิน

<input type="checkbox"/> ผ่าน	<input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน เพราะ	ลงชื่อฝ่ายวิชาชีวิต	วันที่
<input type="checkbox"/> ผ่าน	<input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน เพราะ	ลงชื่อผู้บริหาร	วันที่

ฝ่ายการเงิน

<input type="checkbox"/> ชำระเงินจำนวน	บาท
<input type="checkbox"/> นัดชำระเงินภายในวันที่	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	
<input type="checkbox"/> ข้อเสนอแนะ / คำร้องเพิ่มเติม	

เอกสารประกอบการรับสมัคร

<input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร
<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านนักเรียนและผู้ปกครอง
<input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว (นักเรียน 3 รูป / ผู้ปกครองคนละ 1 รูป)