



California Kids Club Early-Mind Membership Application Form

加州儿童会早慧营会员申请表

(瑞河耶纳校区)

Please complete the following information 请完善以下信息

Date 日期:

Child's Name: 孩子姓名:	English Name: 英文名字:	Nationality 国籍:
Date of Birth 出生日期:	Gender 性别: M/F 男/ 女	Home Phone number 家庭电话:
Mother's Name 母亲姓名: Father's Name 父亲姓名:	Mother's Cell 母亲手机: Father's Cell 父亲手机:	
Email: 电子邮件:	Home Address 家庭住址:	Currently my child attends: 目前孩子就读学校

Any allergies or health conditions (disease, disability and / or any kind of limitation: physical, emotional, or social):
任何过敏和健康状况 (疾病, 残疾或者其他身体、情感或社交的问题):

- I want to see my child enrolled from _____ to _____
我想让我的孩子注册时间: 从_____至_____

How do you know about us?(您是通过什么途径知道加州儿童会?)

- a) Friends (朋友): _____
- b) Adverting (广告): _____
- c) Direct Mail (直递): _____
- d) Website(公司网站): _____
- e) Driving By (开车经过): _____
- f) Others (其他): _____

Filling out this form and/or paying the application fee does not guarantee admission of your child to CKC. We reserve the right to seek and select like-minded families to better ensure the quality of our education program. Thanks for your patience while we process your paperwork and prepare to contact you for a meeting.

填写这份申请表并不能保证孩子能够获得加州儿童会的学位。我们保留寻求和选择志同道合的家庭的权力以保证服务质量。我们会跟进您的申请表, 安排与您面谈, 谢谢您的耐心等待!

Signature: 签名 _____

加州儿童会意向家长调查

(请完成所有空格)

孩子信息

姓名(中英文) _____ 性别 _____ 生日 _____
联系电话(手机) _____ 家庭电话 _____
家庭住址 _____
母亲姓名: _____ 父亲姓名: _____
父母教育程度 父 _____ 母 _____ 从事行业 父 _____ 母 _____

家庭信息

去年谁和孩子生活的时间最多? 母亲 父亲 父母双方
兄弟姐妹(姓名和年龄) _____
其它家人或保姆(居住在家里带孩的) _____
家里主要说什么语种?汉语, 英语, 还是其它(详细说明) _____

您早期教育孩子的目的是什么? 按 1—5 选 (5 最重要):

知识量 _____ 学习态度 _____ 社交情感能力 _____ 语言能力英文 _____ 中文 _____ 开心 _____ 艺术(美术和音乐) _____
其它 _____

您怎样选择孩子的教育机构, 按 1—5 选 (5 最重要):

老师水平 _____ 语言开发(英语) _____ 硬件 _____ 课程安排 _____ 尊敬并教导孩子 _____ 教学理念和执行力度 _____
其它 _____

为什么您想让孩子加入加州儿童会? 希望孩子成为什么样的人?

接受过的学前教育/亲子教育

您的孩子是否接受过学前教育/亲子教育? 是 否
• 最近接受教育的学校名称 _____ 半天 / 全天 / 每天 _____ 个小时
• 您的孩子每天有会和其它孩子玩吗? 是 否
在什么地方玩? _____

病史

出生: 您的孩子是否早产的健康问题? 是 否
孩子是否有过敏? 是 否 如果是, 请说明. _____
孩子的健康史
眼睛 是否佩戴眼镜? (是 / 否) 过去有过眼睛的测试吗? (是 / 否)
耳朵 是否经常患耳朵传染病? (是 / 否) 过去有过耳朵的测试吗? (是 / 否)
语言 能够说话所以能听懂其他人说话?(是 / 否) 是否在语言表达上有一点困难?(是 / 否)

如果是, 请说明. _____

孩子最近的举止

孩子是否在学校有适当的举动?	总是	大部分时间	还在努力
在其他地方有适当的举动?	总是	大部分时间	还在努力
能够很好的一个人或者与其他小孩玩?	总是	大部分时间	还在努力
能够尊敬父母?	总是	大部分时间	还在努力
能够尊敬其他大人?	总是	大部分时间	还在努力

孩子的发展

孩子是否已戒奶 (包括配方奶粉)	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
孩子是否能够自己用勺子或者叉子吃东西?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否能够洗手和擦干?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
自己是否可以穿衣服?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否能够自主的表达自己的想法?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
您的孩子是否和父母一起睡觉?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否和保姆一起睡觉?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否带尿片?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否能够自己上厕所?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
上完厕所是否能够清洁好自己?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
每天中午睡觉时间?	从 _____	到 _____
每天晚上睡觉时间?	从 _____	到 _____
您的孩子是否能够单独的玩积木或者其他拼接玩具?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否能够用彩色蜡笔或者彩笔涂色和画画?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否能够使用剪刀?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否能够听故事?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否能够翻书和看图片?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否能够回忆说过的故事?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否会和你来访的朋友、亲戚交谈?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否听从简单的要求?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
您的孩子有特殊的学习需求吗?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
如果是, 请说明:	_____	

让我们了解你的孩子

请描述您孩子的个性 (害羞, 容易激动, 等)

您孩子最喜爱的活动是什么? 怎样玩耍的?

请描述您孩子的优点:

您有惩罚孩子吗? 怎样执行?

签 名:

和孩子的关系:

California Kids Club
Enrollment Application Health Questioner
加州儿童会入学申请健康问卷

Asthma 哮喘 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Diabetes 糖尿病 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Epilepsy 癫痫 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Seizures/Convulsions 惊厥 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Heart Condition 心脏问题比如天心 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Kidney Problems 肾脏问题 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Migraine: Frequent Headache 偏头痛 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Concussion/Head Injury 脑震荡 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Psychological Treatment 心理问题 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Hyperactivity/Attention Deficit 多动综合征 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Pneumonia 呼吸道疾病 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Thyroid Problems 甲状腺是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Chicken Pox 水痘 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Fainting 晕倒 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Recent or Chronic Infections 任何感染 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Frequent Sore Throats 喉咙痛 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Frequent Ear Infection 耳炎 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Frequent Bronchitis 支气管炎 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Frequent Nose Bleeds 常常流鼻血 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Motion Sickness 晕车 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Scoliosis 脊柱侧弯 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Hearing Impairment 听力有问题 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Wears Glasses 需要戴眼镜 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Premature Birth 早产 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Problems at Birth 难产 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Surgeries 进行过任何手术 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Major Injuries 任何大的伤 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Tuberculosis 肺结核 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Rheumatic Fever 风湿热 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Anemia 贫血 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:
Other Conditions Not Listed 其他任何病症 是_ 不是_ If Yes, please explain 如果是, 请解释:

我已经完全属实的回答以上所有健康问题。我同意承担所有因我的回答有任何不实或不完整而带给任何他人或自己孩子的风险, 并同意自动退学。

家长签字, 日期