

NEW ZEALAND SUMMER CAMP 2024

เอกสารประกอบการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ (application form)
- สำเนาพาสปอร์ต (passport)
- ผลการเรียน (ภาษาอังกฤษ) เทอมล่าสุด

เลขบัญชีสำหรับการโอนเงิน

ธนาคาร กสิกรไทย

เลขที่บัญชี 127-1-26177-9

ชื่อบัญชี บจก. เซเวนเดย์ เอ็ดดูเคชั่น

หมายเหตุ

- ทางบริษัทฯ จะออกใบรับเงินให้ทุกครั้งหลังจากได้รับเงินโอนจากท่านผู้ปกครอง เพื่อเป็นหลักฐานในการรับเงินค่าโครงการฯ
- หากส่งใบสมัคร + โอนเงิน (งวดที่ 1) เพื่อมัดจำเข้าร่วมโครงการฯ เรียบร้อยแล้ว หากต้องการยกเลิกใบสมัคร หรือ ไม่สามารถเดินทางได้ ทางบริษัทฯ ขอคิดค่าดำเนินการ 10,000 บาท จากเงินมัดจำงวดแรก และโอนคืนในส่วนที่เหลือทั้งหมด



7DAYS Education Co.,Ltd.

101/12 SPACE 101 Bldg., Soi Sukhumvit 101/1, Bangchak, Phra Khanong, Bangkok 10260 THAILAND

☎ +66 94 891 5661 | +66 98 595 9496 ✉ info@7dayseducation.co.th

Student's application

NEW ZEALAND SUMMER CAMP 2024

Part 1: Student's information

Name Surname

Nickname Date of Birth

Email address Mobile

Current address

.....

Passport No. Expiry date

Part 2: Parent's information

Father's name Surname

Occupation Email address

Mobile

Mother's name Surname

Occupation Email address

Mobile

Current address (if different)

.....



Part 3: Emergency contact (in home country, other than parent)

Name – Surname

Relationship to the student

Email address Mobile

Part 4: Medical information

- Does the student have any history of previous physical or mental health illness or problems that may affect their enrolment? Yes No
If yes, please specify
- Has the student been fully vaccinated for Covid-19? Yes No
- Does the student have any medical implants (such as metal implants) that may affected receiving medical treatment while in New Zealand? Yes No
If yes, please specify
- Is the student currently on any medication? Yes No
If yes, please specify
- Does the student smoke? Yes No
- Is there anything further regarding the health of the student that the school needs to be aware of in enrolling and supporting the student as an international student? Yes No
If yes, please specify
- Do you agree to the school providing over-the-counter medication “such as acetaminophen, paracetamol or ibuprofen?” Yes No
If no, please specify



Part 5: Learning information

Current school Grade/year level

Does the student have any learning or behavioral difficulties which may require extra school support or services? [] Yes [] No

If yes, please specify

Part 6: Accommodation requirements

Student's interests [] Music [] Movies/TV [] Reading [] Outdoor activities [] Sports [] Travel [] Other interest

Homestay preferences:

- A family with younger children [] Yes [] No
A family with older children [] Yes [] No
A family with pets [] Yes [] No

If yes, please specify

- Do you have any food restrictions? [] Yes [] No

If yes, please specify

- Do you have any allergies or medical conditions that your homestay should know about? [] Yes [] No

If yes, please specify

- Does the student have any other special requirements for homestay? (Cultural or religious requirements, Phobias etc.) [] Yes [] No

If yes, please specify

- Any other requirements

Student's full name Signature

Parent's full name Signature