

Guardianship Application Form

Personal Information

First Name :	Family Name :
Nickname / Preferred Name :	Gender : <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Date of Birth :	Email Address :
Home Phone :	Mobile Phone :
Passport No :	Passport Expiry Date :
Address :	

Family Details

Father Name :	
Phone No :	Email Address :
Mother Name :	
Phone No :	Email Address :
Emergency Contact :	
Phone No :	Email Address :
Address :	

Additional information

Arrival Date :	Departure Date :
Education Institution :	
Name of Course :	Course Start Date :
Do you require an airport pickup? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If Yes, please give your arrival flight details.	

Health Declarations

Allergies : Yes No If yes, please give details _____

Regular Medication : Yes No If yes, please give details _____

Please indicate if you suffer from any of the following and provide details of medical conditions.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes / โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> Visual-hearing disorder / ปัญหาการมองเห็นและการฟัง | <input type="checkbox"/> Migraine / ไมเกรน |
| <input type="checkbox"/> Heart Diseases / โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> Bones-Joint problems / โรคกระดูก ข้อต่อ | <input type="checkbox"/> Asthma / หอบหืด |
| <input type="checkbox"/> Sleep Disorders / ปัญหาการนอน | <input type="checkbox"/> Travel sickness / เมารถ เรือ เครื่องบิน | <input type="checkbox"/> Autistic – ASD / ออทิสติก |
| <input type="checkbox"/> Allergies / ภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> ADHD / สมาธิสั้น | <input type="checkbox"/> Dizzy – Blackouts / หน้ามืด |
| <input type="checkbox"/> Bedwetting / ปัสสาวะรดที่นอน | <input type="checkbox"/> Asperger Syndrome / มีปัญหาด้านการสื่อสาร และการเข้าสังคม | |
| <input type="checkbox"/> others (Please specify) / อื่นๆ (โปรดระบุ) | | |

If you have any of above health conditions, please clearly provide details of required medication / treatment (i.e. prescription, dosage, frequency, etc)

By signing this application, I confirm the following

- All information submitted is factually true and honestly presented.
- I have advised you of any medicines currently being taken, or any on-going medical condition.

(Student's Signature)

Date: _____

(Parent's Signature)

Date: _____