

Application Form

Please type or print clearly in capital letters.

HIGH SCHOOL PROGRAMME IN IRELAND

DURATION: Full Year 1 Term Semester

DATES From _____ To _____ Preferred School Year _____

SCHOOL: Public day Private day Boarding 5 day Boarding 7 day

Single gender Mixed gender No preference

APPLICANT'S PERSONAL PROFILE

First Name:

Surname:

Date of Birth:

Age:

Sex Male

Female

First Language: Nationality:

Student Mobile Phone:

Student Email Address (capital letters):

Do you follow a special diet? No Yes Details _____

Do you have brothers? No Yes Name _____ Age _____

Name _____ Age _____

Do you have sisters? No Yes Name _____ Age _____

Name _____ Age _____

Please tell us your 3 favourite activities or hobbies

1 _____ 2 _____ 3 _____

Would you stay in a home with pets? No Yes No preference

If you answered no, please explain why _____

Any other important information that would help to make your placement more successful:

PARENT/GUARDIAN EMERGENCY CONTACT DETAILS

Mother First Name:

Maiden Name:

Phone:

Email:

Father First Name:

Surname:

Phone:

Email:

STUDENT MEDICAL INFORMATION

Have you ever had any of the following infectious diseases?

Measles

German measles

Chicken pox

Whooping Cough

Mumps

Rubella

Scarlet Fever

Other _____

Please confirm you have had the following Immunisations

Whooping cough

Measles

BCG

Tetanus

Rubella

Diphtheria

Meningitis

Poliomyelitis

Other _____

Have you ever been diagnosed with the following conditions?

Attention Deficit Disorder/ ADHD No Yes

Learning Difficulties (Dyslexia etc) No Yes

Eating Disorder: No Yes

Depression No Yes

Anxiety No Yes

Do you take any medication No

Yes Details: _____

Do you have any allergies No

Yes Details: _____

Are you or have you been attending a counsellor or any other mental health professional?

No Yes Details: _____

STUDENT ACADEMIC INFORMATION

Please circle level of fluency in English

A1

A2

B1

B2

C1

C2

Please circle level in Maths

Poor

Average

Good

Very good

Excellent

I, _____ (Parent's name). Relationship Mother Father

I, _____ (Parent's name). Relationship Mother Father

confirm that all the information relative to my son/daughter mentioned in this form is true.

Signed _____ Print Name _____

Date _____

Signed _____ Print Name _____

Date _____

TRADUCCIÓN AL CASTELLANO

Formulario

RELLENAR TODO EL DOCUMENTO EN LETRAS MAYÚSCULAS.

AÑO ESCOLAR EN IRLANDA

DURACIÓN: Año completo 1 trimestre Semestre

FECHAS Desde _____ Hasta _____ Curso Escolar a realizar _____

COLEGIO: Público Privado Internado de 5 días Internado de 7 días

Segregado Mixto

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo Masculino Femenino

Idioma nativo: _____ Nacionalidad: _____

Teléfono móvil estudiante: _____

Mail del estudiante (en mayúsculas): _____

¿Sigues alguna dieta especial? No Sí Detalles _____

¿Tienes hermanos? No Sí

Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____

¿Tienes hermanas? No Sí

Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____

Dinos tus tres aficiones favoritas.

1 _____ 2 _____ 3 _____

¿Estarías en una casa con mascotas? No Sí Sin preferencia

Si has respondido no, explícanos por qué no:

Cuéntanos si hay alguna otra información que debemos saber sobre ti que nos ayudaría a hacer tu estancia más agradable:

CONTACTOS DE EMERGENCIA DE PADRES/TUTORES

NOMBRE MADRE:

APELLIDOS:

TELÉFONO:

EMAIL:

NOMBRE PADRE:

APELLIDOS:

TELÉFONO:

EMAIL:

INFORMACIÓN MÉDICA ESTUDIANTE

¿Has tenido alguna de estas enfermedades?

SARAMPIÓN

SARAMPIÓN ALEMÁN

VARICELA

TOS FERINA

PAPERAS

RUBEOLA

ESCARLATINA

OTROS _____

Confirma si estás vacunado de las siguientes enfermedades:

TOS FERINA

SARAMPIÓN

BCG

TÉTANOS

RUBEOLA

DIFTERIA

MENINGITIS

POLIOMIELITIS

OTROS _____

¿Has sido diagnosticado con las siguientes condiciones especiales?

DÉFICIT DE ATENCIÓN NO SÍ DIFICULTADES DE APRENDIZAJE (DISLEXIA ETC)) NO SÍ

DESORDEN ALIMENTICIO: NO SÍ DEPRESIÓN NO SÍ ANSIEDAD NO SÍ

Tomas alguna medicación NO SÍ Detalles: _____

¿Tienes alguna alergia? NO SÍ DETALLES: _____

¿Has estado asistiendo a algún profesional de salud mental?

NO SÍ DETALLES: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE

Porfavor marca con un círculo tu nivel de Inglés:

A1 A2 B1 B2 C1 C2

Porfavor marca con un círculo tu nivel en Matemáticas:

Bajo Normal Bueno Muy bueno Excelente

Yo, _____ (Padre/madre del estudiante). Relación: Madre

Padre

Yo, _____ (Padre/madre del estudiante). Relación: Madre

Padre confirmo que toda la información relativa a mi hijo/a mencionada en este formulario es correcta.

Firma _____ Nombre y apellidos en imprenta

Fecha:

Firma _____ Nombre y apellidos en imprenta

Fecha: