

## 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 :

### Family Details

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

### Course information

Education Institution :	Year Level:
Commencement :	Boarding or Homestay :
Do you have to attend ELICOS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Language Institution :	Number of weeks :
Course start date :	Course end date :
Guardianship Service Start Date :	

### Arrival information

Do you require an airport pickup? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>*If yes, please give details below.</i>	
Flight Number :	Airlines :
Arrival date :	Arrival Time :
Destination :	

## 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: \_\_\_\_\_