

WAYS TO USE THIS PDF FILE IF SUBMITTING ELECTRONICALLY

1. Fill in and send electronically

- Open the pdf file in your web browser.
- Save the pdf to your machine and fill in all of the information.
- After completing the form be sure to save your file. This can be accomplished either by clicking the save icon or clicking on File < Save.
- Attach the saved file to an email and send to admissions-bkk@regents.ac.th

2. Fill in the form by hand

- Print out the pdf form
- Fill in all of the necessary information (please write neatly)
- Scan all of the pages of the document and send the scanned pages attached in an email to admissions-bkk@regents.ac.th



PHOTO

If applying via the internet photo can be sent as an attachment to the email

ENROLMENT FORM ใบสมัคร

Please print clearly and capitalise all names. Please clearly tick the boxes.

กรุณารอกรอกรายละเอียดให้ชัดเจนและกรอกเป็นตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น

APPLICANT INFORMATION ข้อมูลของนักเรียน

Application No: _____

Date of Application: วันสมัคร (DAY/MONTH/YEAR)	Enrolment No:
First Name(s): ชื่อ Thanawyn	Nickname(s): ชื่อเล่น Aiden
Family Name: นามสกุล Pipatpallop	
Date of Birth: วันเกิด 06/12/2016 (DAY/MONTH/YEAR)	Gender เพศ: ☒ MALE ชาย ☐ FEMALE หญิง
Start Date: วันที่จะเข้าเรียน 19/08/2024 (DAY/MONTH/YEAR)	Applying for: สมัครเข้าเรียนเป็น ☒ DAY STUDENT นักเรียนไปกลับ ☐ BOARDING นักเรียนประจำ
Year Group: ระดับชั้นปี Year 3	Nationality: สัญชาติ Thai
Country of Residence: พำนักอยู่ที่ประเทศ Thailand	Religion: ศาสนา Buddhist
First Language Spoken: ภาษาหลักที่ใช้ Thai	Other Languages Spoken: ภาษาอื่น ๆ ที่ใช้ English
Any Dietary Requirements: อาหารที่ต้องควบคุม None	

TO BE COMPLETED BY ADMISSIONS

	Y	N
Lunch	☐	☐
School Bus	☐	☐
Language support:	☐	☐
IELD	ELD	NONE

Current written and spoken English level:

ระดับภาษาอังกฤษ

☒

FLUENT คล่อง

☐

INTERMEDIATE ระดับกลาง

☐

BEGINNER

ระดับเบื้องต้น

PARENT / GUARDIAN INFORMATION ข้อมูลของผู้ปกครอง

	PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1	PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2	GUARDIAN ผู้ดูแล
Title คำนำหน้า:	Ms.	Mr.	
Family Name: นามสกุล	Sakundejpaiboon	Pipatpallop	
First Name: ชื่อ	Natchamon	Thanatorn	
Nationality: สัญชาติ	Thai	Thai	
Home Address: ที่อยู่	34/7-9 Soi Chockchairuomit, Vibhavadee Rd., Jompol, Jatujak, Bangkok, Thailand 10900	34/7-9 Soi Chockchairuomit, Vibhavadee Rd., Jompol, Jatujak, Bangkok, Thailand 10900	
Marital Status: สถานภาพสมรส	married/divorced/Single--- (แต่งงาน หย่าร้าง โสด)	married/divorced/Single--- (แต่งงาน หย่าร้าง โสด)	married/divorced/Single (แต่งงาน หย่าร้าง โสด)

Child lives with:

นักเรียนได้พักอาศัยอยู่กับ

☒

PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1

☒

PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2

☐

GUARDIAN ผู้ดูแล

Relationship to Child: ความสัมพันธ์กับนักเรียน	Mother	Father	
---	--------	--------	--

PARENT / GUARDIAN INFORMATION ข้อมูลของผู้ปกครอง
(Continued)

	PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1	PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2	GUARDIAN ผู้ดูแล
Name of Employer: ชื่อบริษัท	D.D. Car Service Co.,Ltd.	D.D. Car Service Co.,Ltd.	
Business Address: * ที่อยู่บริษัท	34/7-9 Soi Chockchairuomit, Vibhavadee Rd., Jompol, Jatujak, Bangkok, Thailand 10900	34/7-9 Soi Chockchairuomit, Vibhavadee Rd., Jompol, Jatujak, Bangkok, Thailand 10900	
Telephone (Mobile): เบอร์มือถือ	081-614-9889	081-614-9669	
Email: อีเมล	ae_y0305@hotmail.com	dd_carservice@hotmail.com	
Occupation: อาชีพ	Self-Employed	Self-Employed	
Responsible for paying school fees: ผู้รับผิดชอบค่าเล่าเรียน ☒ PARENT 1 ผู้ปกครองคนที่ 1 ☒ PARENT 2 ผู้ปกครองคนที่ 2 ☐ GUARDIAN ผู้ปกครอง			
Does the company help pay for school funds? If yes, how much? บริษัทของท่านเป็นผู้ออกค่า เล่าเรียนหรือไม่	☐ YES ☒ NO %	☐ YES ☒ NO %	☐ YES ☐ NO %

*Write-in or attach business card to last page of this form **Will be used for school communication purposes

ADDITIONAL EMERGENCY CONTACT ข้อมูลกรณีติดต่อฉุกเฉิน

Please provide details of an additional contact if parents are unreachable in the event of an emergency
กรุณาให้ข้อมูลบุคคลอื่นที่เราสามารถติดต่อได้ หากไม่สามารถติดต่อผู้ปกครองได้ในกรณีฉุกเฉิน

Title: ตำแหน่ง	Family Name: นามสกุล	Sakundejpaiboon	First Name: ชื่อ	Natchamon
Relationship to Child: ความสัมพันธ์กับนักเรียน	Mother	Email Address: อีเมล	ae_y0305@hotmail.com	
Mobile: เบอร์โทรศัพท์	081-614-9889			
Speaks English พูดภาษาอังกฤษหรือไม่	☒ YES ☐ NO	If no, which language? ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร		

EDUCATION HISTORY ประวัติทางการศึกษา

Current Curriculum: หลักสูตรปัจจุบันที่ศึกษาอยู่	British curriculum	Form or grade completed before RBKK entry: ชั้นที่ศึกษาอยู่ก่อนที่จะเข้าเรียนที่โรงเรียนนานาชาติเดอะรีเจนท์	Year 2
Current School (Name): ชื่อโรงเรียนปัจจุบันที่ศึกษาอยู่	St. Stephen's International School		
Address: ที่อยู่	998 Viphavadi Rangsit Road, Lad Yao, Chatuchak, Bangkok 10900		
Country: ประเทศ	Thailand	Principal/Head's Name: ชื่อครูใหญ่	Mr. John Rolfe
Principal/Head's Email: อีเมลของครูใหญ่	principal@sis.edu		
Attended from เข้าศึกษาตั้งแต่ปี - ปี	month & year August 2020	to month & year June 2024	School report is attached with this application ผลการศึกษาจากโรงเรียนได้แนบมาด้วยกับใบสมัครนี้ ☒ YES ☐ NO
Reason for Leaving: เหตุผลที่ลาออก	Interesting in IB curriculum		

EDUCATION HISTORY ประวัติทางการศึกษา (Continued)

Previous Schools โรงเรียนที่เคยศึกษาก่อนหน้านี้ (If any)

1	School Name: ชื่อโรงเรียน
Attended from _____ month & year _____ to _____ month & year _____ เข้าศึกษาดังแต่ปี - ปี	School report is attached with this application ผลการศึกษาจากโรงเรียนได้แนบมาด้วยกับใบสมัครนี้ ☐ YES ☐ NO
Reason for Leaving: เหตุผลที่ลาออก	
Has your child undergone any educational psychological assessment or any other educational support assessment? บุตรหลานของท่านเคยได้รับการประเมินทางจิตเวชหรือเคยได้รับการประเมิน เพื่อช่วยเหลือทางการศึกษาหรือไม่ ☒ YES ☐ NO	
If yes, please provide full explanation and confirm it is attached to this application ถ้าใช่ กรุณาระบุข้อมูลให้ครบถ้วน และแนบเอกสาร ☒ ATTACHED	
What were the result? _____ ADHD	

The following documents are **required** (scanned copies are acceptable):

กรุณาเตรียม เอกสารต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้

☒ Confirmation of medication
prescribed by a medical Doctor*
หนังสือรับรองการให้ยาจากแพทย์

☒ Photocopy of passport
สำเนาหนังสือเดินทาง

☒ Immunisation Record Card*
ประวัติการฉีดวัคซีน

☒ Copy of last two years reports from school
สำเนาผลการเรียนจากโรงเรียนเดิม

*Parents are encouraged to contact the School Nurse to discuss any matters related to their child's health and welfare.

ผู้ปกครองสามารถติดต่อพยาบาลของโรงเรียนได้หากต้องการปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของบุตรหลานของท่าน

PARENT'S CONSENT FOR WEB AND PRINT PUBLICATION OF WORK AND PHOTOGRAPHS

The school may take appropriate photographs and video that may include your son/daughter and will be electronically published or used in printed publication. Published photos will not be accompanied by pupil names unless permission has been sought from the parent. โรงเรียนอาจมีการถ่ายภาพนิ่งหรือถ่ายทำวิดีโอบุตรหลานของท่าน ซึ่งอาจจะนำไปเผยแพร่ในสิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ รูปถ่ายจะไม่ระบุชื่อของนักเรียนนอกเหนือจากโรงเรียนได้ รับผิดชอบต่อผู้ปกครองเท่านั้น

If you would not like your son/daughter to be photographed, or be part of a video or their work electronically published please tick here

ถ้าหากท่านไม่ต้องการให้โรงเรียนถ่ายรูปหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิดีโอที่โรงเรียนถ่ายทำ กรุณาระบุในช่องนี้

☐

Please read this section carefully

กรุณาอ่านทำความเข้าใจโดยละเอียด

In Submitting this application, I agree

1. To pay the non-refundable application fees (5,500 Baht) at the time of submitting this application.
2. To pay the non-refundable Registration fees within 2 weeks after the school offered the place to your child or pay immediately if enrolled during the term.
3. To pay the non-refundable Enrollment fees together with the School fees by the deadline indicated on the invoice. Failure to pay on time will be regarded as my wish to cancel an offered place, and the non-refundable Registration fees will be forfeited.
4. I agree that one full term tuition fees will be forfeited, if I fail to give one full term's notice prior to the withdrawal of my child. This is to avoid staffing problems and the loss of other prospective students.

ข้าพเจ้าได้ทำความเข้าใจและตกลงรับเงื่อนไขต่าง ๆ ด้านล่างนี้เรียบร้อยแล้ว

1. จะชำระค่าสมัคร 5,500 บาท ณ วันที่ยื่นใบสมัครนี้
2. จะชำระค่าลงทะเบียนเรียนภายใน 2 อาทิตย์หลังจากโรงเรียนตอบรับบุตรหลานของท่านเข้าเรียนแล้ว หรือชำระทันทีหากเข้าเรียนระหว่างภาคเรียน
3. จะชำระค่าแรกเข้าและค่าเล่าเรียนตามที่กำหนดในใบแจ้งหนี้ หากไม่ชำระภายในระยะเวลาที่ระบุไว้ให้ถือว่าข้าพเจ้าได้สละสิทธิ์การตอบรับการเข้าเรียนของบุตรหลาน และข้าพเจ้ายินยอมให้โรงเรียนยึดค่าลงทะเบียนเรียนไว้ได้โดยไม่มีสิทธิเรียกคืนแต่อย่างใด
4. ข้าพเจ้าจะแจ้งโรงเรียนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 ภาคเรียน กรณีต้องการให้บุตรหลานของข้าพเจ้าจะย้ายออกจากโรงเรียน หากมิได้แจ้งล่วงหน้าตามที่กำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงเรียนยึดเงินค่าเทอม 1 ภาคเรียนล่วงหน้าเพื่อประกันความเสียหายทั่วไป โดยจะไม่มีสิทธิเรียกคืนแต่อย่างใด

Signature Parent 1/Guardian

Signature Parent 2/Guardian

Print Name Natchamon Sakundejpaiboon

Print Name Thanatorn Pipatpallop

DOCTOR AND MEDICAL INSURANCE INFORMATION ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลประกันสุขภาพของนักเรียน

It is essential for the proper medical care of your son or daughter, that all these questions are answered fully and accurately. If necessary, following consultation with your own doctor. *Please print clearly and capitalise all names. Please clearly tick the boxes.*

เพื่อเป็นการให้การดูแลสุขภาพบุตรหลานของท่านอย่างถูกต้อง กรุณากรอกข้อมูลต่างๆ ให้ครบถ้วนและสมบูรณ์ หรือท่านสามารถปรึกษาแพทย์ประจำตัวของบุตรหลานเพื่อกรอกข้อมูลดังต่อไปนี้

First Name(s): ชื่อ Thanawyn	Nickname(s) ชื่อเล่น Aiden
Family Name: นามสกุล Pipatpallop	
Parent 1 Name: ชื่อคุณพ่อ/ผู้ปกครองคนที่ 1 Thanatorn Pipatpallop	Contact: เบอร์ติดต่อ 081-614-9669
Parent 2 Name: ชื่อคุณแม่/ผู้ปกครองคนที่ 2 Natchamon Sakundejpaiboon	Contact: เบอร์ติดต่อ 081-614-9889
Guardian's Name: ชื่อผู้ดูแล	Contact: เบอร์ติดต่อ

Please provide details of an additional contact if parents are unreachable in the event of an emergency กรณีฉุกเฉินให้ติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

Title: Ms. คำนำหน้า	Family Name: นามสกุล Sakundejpaiboon	First Name: ชื่อ Natchamon
Relationship to Child: ความสัมพันธ์กับเด็ก Mother		Email Address: อีเมล ae_y0305@hotmail.com
Mobile : เบอร์โทรศัพท์ 081-614-9889		

Speaks English
พูดภาษาอังกฤษหรือไม่ ☒ YES ☐ NO If no, which language? _____
ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร

Name of Family Doctor: (If Any)
ชื่อแพทย์ประจำตัว

Telephone:
เบอร์โทรศัพท์

Name of Hospital:
ชื่อโรงพยาบาล

In case of emergency, which hospital would you prefer your child to be taken? Any nearest hospital. Preferable, Bangkok hospital or Phayathai 2 hospital
หากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ท่านต้องการให้ทางโรงเรียนนำบุตรหลานของท่านส่งที่โรงพยาบาลใด

Does your child have private medical/dental insurance? ☒ YES ☐ NO If yes, please provide details below
บุตรหลานของท่านมีประกันสุขภาพ หรือ ประกัน

Insurance Company: ชื่อบริษัทประกัน AIA	Policy No.: เลขที่กรมธรรม์ T238488261
Policy Holder's Name: ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ Thanawyn Pipatpallop	Expiry Date*: (DAY/MONTH/YEAR) วันที่หมดอายุ 06/03/2025
Telephone: เบอร์โทรศัพท์ 065-269-6956 (Agent)	*please ensure policy includes dental treatment *กรุณารายละเอียดกรมธรรม์ เช่น การรักษาฟันทันตกรรม

AIA happy health - 5MB plan

MEDICAL HISTORY ประวัติทางการแพทย์

Blood Type: กรุ๊ปเลือด RH: ☐ A ☐ B ☐ AB ☒ O	Gender: เพศ ☒ MALE ชาย ☐ FEMALE หญิง
RH: ☒ Positive + ☐ negative -	

Does your child suffer from, or has suffered from any of the following? Please include investigations, diagnosis, dates and any medication. บุตรหลานของท่านเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ กรุณาใส่ข้อมูลการรักษา อาการที่พบ การวินิจฉัยโรค วันที่รักษาและวิธีการรักษา

Asthma โรคหอบหืด ☐ YES ☒ NO	Triggers e.g. environmental (tobacco, dust, pets, pollen etc) or other: อาการกำเริบเนื่องจาก สภาวะแวดล้อม (ควันบุหรี่, ฝุ่นละออง, สัตว์เลี้ยง, เกสรดอกไม้) หรือ อื่นๆ
Heart Condition สภาวะทางหัวใจ ☐ YES ☒ NO	Recurring chest infection or bronchitis การติดเชื้อในช่องอก หรือโรคหลอดลม ☐ YES ☒ NO

MEDICAL HISTORY ประวัติทางการแพทย์ (Continued)

Eczema (or similar) โรคผิวหนัง	☐ YES ☒ NO	Fits, fainting or blackouts อาการหน้ามืด เป็นลม	☐ YES ☒ NO
Severe/recurring headaches อาการปวดศีรษะรุนแรงหรือปวดบ่อย ๆ	☐ YES ☒ NO	Diabetes โรคเบาหวาน	☐ YES ☒ NO
Allergies: อาการแพ้	Antibiotics ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone (Rocephin)	Other medications ยาชนิดอื่น ๆ	☐ YES ☒ NO
	Food (e.g nuts) อาหาร เช่น ถั่วชนิดต่างๆ	Bee or Wasp stings ผึ้ง หรือ ต่อต่อย	☐ YES ☒ NO
	Other allergies โรคภูมิแพ้อื่น ๆ	Dust mite allergy	☒ YES ☐ NO
If yes please give details of allergic responses (e.g. rash, swelling, difficulty breathing): กรุณาระบุอาการภูมิแพ้ เช่น ผื่นคัน, บวม, หายใจติดขัด Ceftriaxone (Rocephin): Urticarial rash please see drug allergies card attached. Dust mite: itchy			
Treatment you usually give for acute episode: 5 cc. of Alerius (Desloratadine) once a day			
Is your child waiting for a referral/investigation that has not been detailed? บุตรหลานของท่านยังรอการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ที่ยังไม่สามารถชี้แจงได้ในตอนนี้หรือไม่ ☐ YES ☒ NO			
Has your child suffered from any of the following? If yes, please give date บุตรหลานของท่านเคยเป็น			
Has your child had any recent contact with contagious or tropical diseases? บุตรหลานของท่านได้สัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ที่มีโรคติดต่อเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือไม่ ☐ YES ☒ NO			
Give details and any treatment received: กรุณาระบุการรักษา			
Has your child suffered from any other contagious or tropical diseases? บุตรหลานของท่านมีอาการโรคติดต่อหรือไม่ ถ้ามีกรุณาระบุการรักษา ☐ YES ☒ NO			
Give details and any treatment received: บุตรหลานของท่านได้สัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ที่มีโรคติดต่อเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือไม่			
Is your child currently taking a medication? บุตรหลานของท่านกำลังได้รับการรักษาโดยแพทย์อยู่หรือไม่ ☐ YES ☒ NO			
Has your child had persistent pain the back, joints or any sports injuries? บุตรหลานของท่านเคยได้มีอุบัติเหตุที่หลัง ข้อต่อ หรืออุบัติเหตุจากกีฬา ☐ YES ☒ NO			
If yes, please give details and recommendations about treatment ถ้าเคยกรุณาระบายและแนะนำวิธีการรักษาที่เคยใช้			
Has your child been immunized against บุตรหลานของท่านได้รับวัคซีน			
Tetanus โรคบาดทะยัก	☒ YES ☐ NO	Diphtheria โรคคอตีบ	☒ YES ☐ NO
Pertussis (Whooping Cough) โรคไอกรน	☒ YES ☐ NO	Rubella โรคหัดเยอรมัน	☒ YES ☐ NO
Hepatitis A โรคไวรัสตับอักเสบ เอ	☒ YES ☐ NO	Hepatitis B โรคไวรัสตับอักเสบบี	☒ YES ☐ NO
Polio โรคโปลิโอ	☒ YES ☐ NO	Measles โรคหัด	☒ YES ☐ NO
Mumps โรคคางทูม	☒ YES ☐ NO	Chicken Pox โรคอีสุกอีใส	☒ YES ☐ NO

SICKNESS RECORD ข้อมูลการเจ็บป่วย

Please indicate how many whole school days your child has missed within the last academic year _____

กรุณาระบุจำนวนวันที่บุตรหลานของท่านขาดเรียนเมื่อปีการศึกษาที่ผ่านมา

VISION AND HEARING การตรวจวัดสายตาและตรวจการได้ยิน

Date of last sight test วันสุดท้ายที่ตรวจวัดสายตา	Requirements ข้อกำหนด
Detail ข้อมูล	
Date of last hearing test 8/12/2016 วันสุดท้ายที่ตรวจการได้ยิน	Requirements ข้อกำหนด
Detail Clear ข้อมูล	

DENTAL HISTORY ข้อมูลด้านทันตกรรม

Dental Problems มีปัญหาด้านทันตกรรม ☐ YES ☒ NO

Please indicate any ongoing treatment and management. To minimize disruption to your child's education please ensure appointments occur during school holidays.

กรุณาระบุการบุตรหลานของท่านกำลังได้รับการรักษาทางทันตกรรม และเพื่อเป็นการไม่รบกวนเวลาเรียน กรุณาระบุวันนัดหมายแพทย์ในวันหยุดเท่านั้น

--

EMOTIONAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และจิตเวช

Has your child received psychological support (counseling or therapy)? บุตรหลานของท่านเคยได้รับการรักษาและดูแลทางด้านจิตเวชหรือไม่	☐ YES ☒ NO
Does your child require any additional emotional support? บุตรหลานของท่านต้องการความช่วยเหลือพิเศษทางด้านอารมณ์หรือไม่	☐ YES ☒ NO
Has your child suffered a close family bereavement or other similar trauma in the last 3 years? บุตรหลานของท่านเคยได้รับผลกระทบจากการจากไปของคนรักและญาติสนิท หรือมีภาวะบอบช้ำ จากด้านจิตใจในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา	☐ YES ☒ NO
Has your child been diagnosed by a physician with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) or another learning disorder? บุตรหลานของท่านมีภาวะสมาธิสั้นหรือภาวะการเรียนรู้ช้าหรือไม่	☒ YES ☐ NO
Date Diagnosed วันที่พบอาการ 22/02/2023 (DAY/MONTH/YEAR)	Medicine(s) ยาที่ใช้ Ritalin (Methylphenidate) 5mg twice a day (to be taken at school once a day)

PARTICIPATION การเข้าร่วมกิจกรรม

Are there any reasons why your child cannot take part in normal school activities? มีเหตุผลอื่นใดหรือไม่ที่บุตรหลานของท่านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนได้	☐ YES ☒ NO
Are there any reasons why your child cannot take part in outdoor activities such as mountain and water sports? มีเหตุผลอื่นใดหรือไม่ที่บุตรหลานของท่านไม่สามารถร่วมกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น กีฬาทางน้ำ	☐ YES ☒ NO

CHILD'S UNDERSTANDING OF HEALTH NEEDS ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่นักเรียนไม่รับทราบ

Please give details of any information disclosed in this questionnaire that your child is not aware of and to what level and reasons why: กรุณาแจ้งถ้าท่านต้องการเปิดเผยข้อมูลข้างต้นต่อบุตรหลาน กรุณาอธิบายรายละเอียดและเหตุผล

--

(DAY/MONTH/YEAR)

Signature of Parent/Guardian

Date

Print Name

March 2020