

# スプリングスクール 2019 概要・申し込み方法

- ① **開催日時** 2019年4月1日(月)  
遠足時間 9:15~15:00(ランチタイム含む)  
デイケア(オプション) 15:00~18:00  
(30分単位で利用可能 ¥500/30分)
- ② **集合・解散** 9:15二子玉川駅改札内集合/15:00イングリッシュスタジオ解散
- ③ **雨天の場合** 品川水族館へ行き先を変更します。集合は9:10に自由が丘駅正面口改札内になります。変更の場合は3月31日(日)20時までにご連絡します。
- ④ **対象学年・定員** 2歳半~ 小学6年生 1グループにつき3名から8名まで  
\*帰国子女クラスはKinderからになります。
- ⑤ **場所** こどもの国 (横浜市青葉区)
- ⑥ **参加費** 一般・帰国子女共に 1日 10,800円(税込)  
\*入場料・交通費は別途かかります。詳細はお申し込み後お知らせ致します。
- ⑤ **持ち物** お弁当、飲み物、筆記用具、タオル、着替え(幼稚園児以下)等  
\*15:00-15:30の時間帯にデイケア参加予定の方は、別途おやつと飲み物をお持ち下さい。
- ⑦ **申し込み方法** **申込受付期間: ~3月23日(土)17:00**  
まずは当校へお電話・Email等でお問い合わせ下さい。  
申込書をお送り致します。その後申し込み用紙/同意書の全ての項目にご記入・捺印いただき、当校へ持参/FAX/メール(添付)/郵送 いずれかの方法でお送り下さい。  
**デイケアは3月30日17:00までにご予約ください。**
- ⑧ **支払方法** 請求書をお受け取りになりましたら、参加日までに下記口座にお振込み下さい。(在学生の方は直接ご持参いただけます)
- <振込先>** 三菱東京UFJ銀行 自由ヶ丘支店 (普通)0123032  
イングリッシュスタジオゴウドウガイシャ  
\*なお、お手数ですが、お振込いただけましたらその旨ご一報ください。
- ⑨ **キャンセル** お申込みのキャンセルは**3月23日17:00まで**お受けします。  
上記日程以降のキャンセルにはご返金しかねますので、ご予約をよくご確認の上お申し込み下さい。  
\*お振込み後のキャンセルは振込手数料を差し引いた金額をご返金致します。  
\*急なお休みの場合もご返金致しかねますので、お子様の体調管理をお願いいたします。
- ⑩ **申し込み・問合せ先: イングリッシュスタジオ**  
〒158-0083 東京都世田谷区奥沢 6-16-14  
TEL: 03-5758-2491 FAX: 03-5758-2492  
Email: info@englishstudio.jp URL: www.englishstudio.jp

# イングリッシュスタジオ スプリングスクール 2019 申込書・同意書

ふりがな

生徒氏名 (日本語) 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

(英語) 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 血液型 \_\_\_\_\_ 型

生年月日 \_\_\_\_\_ (学年 \_\_\_\_\_) 保護者氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

緊急連絡先：(保護者以外) 氏名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

・期間中、学びの記録として写真を撮ることがあります。生徒および保護者の方のプライバシーを十分に配慮いたしますので、画像使用・掲載にご協力頂ければ幸いです。

画像使用を  承諾する  承諾しない 保護者署名 \_\_\_\_\_ 印

・既往症（アレルギー、喘息、発作、慢性疾患等）のある方は症状・対処法・注意事項等詳しくご記入下さい。

・かかりつけの医院名

(ある場合のみ) \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

・日常的に使用している医薬品類はありますか？ Yes/No

Yesの場合…医薬品名、服用手順、注意事項等詳しく記入して下さい。

・参加の際に何か制限があったり、誰かの手助けが必要になることがありますか？ Yes/No

Yesの場合…症状とそれについての内容、注意事項等詳しく記入して下さい。

## 同意書

◎以下の文をよくお読みになり、もれなく記入してください。

サマースクール実施中の応急処置（バンドエイド、包帯、消毒、防虫、傷薬、目薬等）は、スタッフの判断で行います。万一の病気、怪我が発生し、保護者又は緊急連絡先に連絡が取れない場合は、スタッフの判断で、最寄りの医療機関にお連れする等、最適な対処を致します。

以上の内容に同意（します/しません）。

前述の全ての設問・記入事項に対し、真実をもれなく記入しています。また、今後サマースクール実施日までの間に、生徒の健康に何か変化が生じた場合、連絡先に変更があった場合は必ずイングリッシュスタジオに連絡します。

保護者署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 記入日付 \_\_\_\_\_