

LIST OF ADMISSION FILES

Student's fullname:

Class:

	FOR ADMISSION STAFF	NOTES
Birth certificate		
Passport (Information page)		
Waiver of Exclusion on Ground		
A notarized copy of family record book		
Copy of residence card		
Medical check		
Medical form		
Vaccination information		
Enrollment form		
Student's profile		
Shuttle service form		
Psychological information		
Student's school report (for Secondary) SEN Assessments or Reports		
Certificate of primary school completion (for Grade 6 students)		
Letter of transferring school (for Secondary)		

Parent's signature

Admission staff's signature

Fullname:

Fullname:

Date:

Date:

Họ tên học sinh:
Lớp:

	DÀNH CHO NVTS	LƯU Ý
Trích lục giấy khai sinh		
Hộ chiếu (Trang thông tin)		
Tờ khai đăng ký giám hộ		
Bản sao hộ khẩu		
Bản sao thẻ tạm trú		
Phiếu kiểm tra sức khỏe		
Phiếu theo dõi sức khỏe		
Sổ tiêm chủng		
Phiếu đăng ký nhập học		
Lý lịch học sinh		
Phiếu đặc điểm tâm lý trẻ		
Phiếu đăng ký đưa đón trẻ		
Học bạ (đối với bậc Trung học) Bản đánh giá hoặc báo cáo về các vấn đề cần hỗ trợ đặc biệt		
Giấy chứng nhận hoàn thành cấp Tiểu học (đối với học sinh lớp 6)		
Giấy giới thiệu chuyển trường (đối với bậc Trung học)		

Chữ ký phụ huynh

Chữ ký NV tuyển sinh

Họ và tên:

Họ và tên:

Ngày:

Ngày:

PHYSICAL EVALUATION FORM

Student's name:

Date of birth:

1. PHYSICAL EXAMINATION

Height: Weight:

Blood pressure/Pulse: Corrected: Yes No

Vision: Right 20/ Left 20/

Hearing: Right Left

Eyes/Ears/Nose/Throat:

Lymph nodes:

Elbow/Forearm:

Lungs:

Knee:

Leg/Ankle/Feet:

Abdomen:

Neck:

Back:

Wrist/Hand:

Hip/Thigh:

Skin:

Explain other findings:

.....

2. OBSERVATIONS AND PROMPTS

How does the child engage and interact with the physician;

Easily With resistance

Level and type of interaction with parents or guardians;

Clinging Distant Seeks approval first...

Talkative, responds to questions or refuses to speak?

Yes No

Ticks or noticeable mannerisms, body language...

Yes No

3. CONCLUSION OF PHYSICIAN

Cleared for physical activity:

Yes No

Reason:

.....

Conclusion of Physician:

.....

Physician's signature and fullname

Date:

Notes:

This form used for the enrollment profile. It is our responsibility to preserve it. Health certification of Hospital shall be recognized.

Họ tên học sinh:
Ngày tháng năm sinh:

1. KIỂM TRA SỨC KHỎE

Chiều cao: Cân nặng:
Huyết áp/Mạch Điều chỉnh: Có Không
Thị lực: Mắt phải 20/ Mắt trái 20/
Thính giác: Tai phải Tai trái
Mắt/Tai/Mũi/Họng:
Bạch huyết:
Khuyết tay/Cánh tay:
Phổi:
Đầu gối:
Chân/Khuyết tay/Bàn tay:
Bụng:
Cổ:
Lưng:
Cổ tay/Bàn tay:
Hông/Đùi:
Da:
Giải thích những kiểm tra khác:

2. OBSERVATIONS AND PROMPTS

Trẻ tham gia tương tác với bác sỹ như thế nào;
 Tương tác dễ dàng Tương tác khó khăn
Trẻ tương tác với ba mẹ, hoặc người giám hộ như thế nào ;
 Trẻ đeo bám Trẻ giữ khoảng cách Trẻ chờ đợi sự cho phép
Trẻ có hoạt ngôn, phản hồi những câu hỏi hoặc những thắc mắc qua lời nói không?
 Có Không
Trẻ có điểm nổi bật và đáng lưu ý về phong cách, và ngôn ngữ hình thể nào không?
 Có Không

3. KẾT LUẬN CỦA BÁC SĨ

Sức khỏe cản trở các hoạt động thể chất:
 Có Không

Lý do:

Kết luận của bác sĩ:

Bác sĩ ký tên và ghi rõ họ tên

.....

Ngày:.....

Ghi chú:

Mẫu này dùng cho hồ sơ nhập học, Nhà trường có trách nhiệm bảo mật thông tin. Phiếu này có thể được thay thế bằng giấy khám sức khỏe tại các bệnh viện đa khoa do phụ huynh cung cấp.

STUDENT MEDICAL FROM

To be Completed by a Parent or Guardian. All information will be kept confidential and only those sections that are needed by members of the Tesla Team will be informed. For example, dietary and allergies information will be shared with the appropriate staff members.

Student's name: Date of birth:

SCHOOL REQUIRED IMMUNISATIONS							
Hepatitis A	Hepatitis B	DPT/DP, Diphtheria, Pertussis Tetanus	Polio	Measle (1 year & booster at 5 years)	Mumps (1 year & booster at 5 years)	Rubella (1 year & booster at 5 years)	HIB (Haemophilus Influenza B)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:

SCHOOL REQUIRED IMMUNISATIONS				
TB Test	Japanese Encephalitis	Chicken Pox (1 year & booster at 5 years)	Typhoid	Rabies
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date:

MEDICAL HISTORY

Allergies	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date	Skin problem	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date
Asthma	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		Heart disorder	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		Vision problem	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Epilepsy	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		Hearing problem	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Fainting spells	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		Speech difficulty	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Urinary disorder	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		Other illness	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

If you have answered “Yes” to any, please provide details:

.....

.....

.....

1. STUDENT GENERAL HEALTH

Is your child under a physician’s care?

Yes No

Is your child taking any kind of medication?

Yes No

Is your child taking any medication specifically for emotional or behavioural problems?

Yes No

Has your child had any injury or surgery that may affect his/her normal day at school?

Yes No

Does your child have any special dietary requirements?

Yes No

If you have answered “Yes” to any, please provide details:

.....

.....

.....

2. SPECIAL EDUCATION NEEDS (SEN)

Now or in the past, has your child have any special educational needs (e.g. school support, educational psychologist)?

Yes No

Has your child received Speech Therapy, Occupational Therapy or Physiotherapy?

Yes No

Does your child have any problem that limits or affects his/her participation in physical education?

Yes No

If you have answered “Yes” to any, please provide details:

.....

.....

.....

.....

Day:

Parent/Guardian's signature and full name

.....

Được hoàn thành bởi Ba/Mẹ hoặc Người giám hộ. Tất cả thông tin sẽ được giữ bí mật và chỉ những thông tin cần thiết đối với nhân viên Tesla mới được công bố. Ví dụ, thông tin về dị ứng và chế độ ăn uống sẽ được chia sẻ đến các bộ phận liên quan.

Họ tên học sinh: Ngày tháng năm sinh:

CÁC MŨI TIÊM CHỦNG ĐƯỢC YÊU CẦU							
Viêm gan A	Viêm gan B	Bạch hầu, Ho gà, Uốn ván	Bại liệt	Sởi (1 tuổi & nhắc lại lúc 5 tuổi)	Quai bị (1 tuổi & nhắc lại lúc 5 tuổi)	Rubella (1 tuổi & nhắc lại lúc 5 tuổi)	Viêm màng não
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày

CÁC MŨI TIÊM CHỦNG ĐƯỢC YÊU CẦU				
Lao	Viêm não Nhật Bản	Thủy đậu (1 tuổi và nhắc lại lúc 5 tuổi)	Thương hàn	Bệnh dại
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày

TIỀN SỬ BỆNH

Dị ứng	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Ngày	Da liễu	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Ngày
Hen suyễn	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không		Tim mạch	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Tiểu đường	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không		Vấn đề thị giác	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Động kinh	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không		Vấn đề thính giác	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Ngất/xiù	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không		Vấn đề phát âm	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Rối loạn tiết niệu	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không		Các bệnh khác	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	

Nếu phụ huynh trả lời “Có”, vui lòng cho biết thêm thông tin:

.....

.....

.....

1. THÔNG TIN SỨC KHOẺ HỌC SINH

Con của anh/chị có đang được theo dõi hoặc điều trị cho bệnh lý nào không?

- Có Không

Con của anh/chị có đang sử dụng thuốc điều trị nào hay không?

- Có Không

Con của anh/chị có mắc các vấn đề về tâm lý hay hành vi nào không?

- Có Không

Con của anh/chị đã từng bị thương hoặc từng trải qua cuộc phẫu thuật nào gây ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày tại trường không?

- Có Không

Con của anh/chị có bất kỳ yêu cầu đặc biệt nào về chế độ ăn uống không?

- Có Không

Nếu anh/chị trả lời “Có” cho bất kỳ câu hỏi nào phía trên, vui lòng cung cấp thêm thông tin:

.....

.....

.....

2. NHU CẦU GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT

Hiện tại hoặc trong quá khứ, con của anh/chị có nhu cầu giáo dục đặc biệt nào không (vd: cần sự hỗ trợ của Nhà trường hoặc hỗ trợ về tâm lý giáo dục)?

Có Không

Con của anh/chị có đang nhận Trị liệu Ngôn ngữ, Trị liệu Cơ năng hay Vật lý trị liệu không?

Có Không

Con của anh/chị có bất kỳ vấn đề nào gây cản trở cho việc tham gia các hoạt động thể chất không?

Có Không

Nếu anh/chị trả lời “Có” cho bất kỳ câu hỏi nào phía trên, vui lòng cung cấp thêm thông tin:

.....

.....

.....

.....

Ngày:

Phụ huynh ký tên và ghi rõ họ tên

.....

1. STUDENT'S DETAILS

Student's full name:

Date of birth: Gender: Male Female

Place of birth: Nationality:

Ethnic origin: Religion:

Home address:

Mailing address: Tel:

School bus service: Yes No

2. PARENTS'S DETAILS

Father's fullname:

Year of birth: Nationality:

Occupation: Marital status :

Name of company:

Company address:

Tel: Email:

Mother's fullname:

Year of birth: Nationality:

Occupation: Marital status:

Name of company:

Company address:

Tel: Email:

3. REGISTRATION

I would like to enroll my child in Grade School year

TESLA KINDERGARTEN TESLA PRIMARY & SECONDARY

Ho Chi Minh City,

Father's signature

Mother's signature

Guardian's signature

.....
Full name

.....
Full name

.....
Full name

4. FOR ADMISSION STAFF

.....
.....
.....

Admission staff's signature

Signature & full name

1. THÔNG TIN HỌC SINH

Họ tên học sinh:
Ngày tháng năm sinh: Giới tính: Nam Nữ
Nơi sinh: Quốc tịch:
Dân tộc: Tôn giáo:
Địa chỉ thường trú:
Địa chỉ liên hệ: Số điện thoại:
Dịch vụ xe buýt trường: Có Không

2. THÔNG TIN PHỤ HUYNH

Họ tên cha:
Năm sinh: Quốc tịch:
Nghề nghiệp: Tình trạng hôn nhân:
Tên công ty:
Địa chỉ công ty:
Số điện thoại: Thư điện tử:

Họ tên mẹ:
Năm sinh: Quốc tịch:
Nghề nghiệp: Tình trạng hôn nhân:
Tên công ty:
Địa chỉ công ty:
Số điện thoại: Thư điện tử:

3. ĐĂNG KÝ

Tôi đăng ký cho con tôi vào lớp Năm học

TESLA KINDERGARTEN

TESLA PRIMARY & SECONDARY

Tp. Hồ Chí Minh,

Chữ ký của Cha

Chữ ký của Mẹ

Chữ ký Người giám hộ

Họ và tên

Họ và tên

Họ và tên

4. PHẦN DÀNH CHO NHÂN VIÊN TUYỂN SINH

.....
.....
.....

Nhân viên tuyển sinh

Ký và ghi rõ họ tên

1. STUDENT'S DETAILS

Student's full name:

Date of birth:

Gender: Male Female

Place of birth:

Nationality:

Ethnic origin:

Religion:

Home address:

Mailling address:

Mobile number:



2. PARENTS'S DETAILS

Father's fullname:

Year of birth: Nationality:

Occupation: Marital status:

Name of company:

Company address:

Mobile phone number: Email:

Mother's fullname:

Year of birth: Nationality:

Occupation: Marital status:

Name of company:

Company address:

Mobile phone number: Email:

3. SIBLINGS

Full name	Year of birth	School
.....
.....
.....

4. EMERGENCY CONTACT

Please provide the information of guardians who can be contacted if you cannot be reached.

Full name	Relationship	Mobile phone
.....
.....
.....

1. THÔNG TIN HỌC SINH

Họ tên học sinh:
Ngày tháng năm sinh:
Giới tính: Nam Nữ
Nơi sinh:
Quốc tịch:
Dân tộc:
Tôn giáo:
Địa chỉ thường trú:
Địa chỉ liên hệ:
Số điện thoại:

Photo
(4x6cm)

2. THÔNG TIN PHỤ HUYNH

Họ tên bố:
Năm sinh: Quốc tịch:
Nghề nghiệp: Tình trạng hôn nhân:
Tên công ty:
Địa chỉ công ty:
Số điện thoại: Thư điện tử:

Họ tên mẹ:
Năm sinh: Quốc tịch:
Nghề nghiệp: Tình trạng hôn nhân:
Tên công ty:
Địa chỉ công ty:
Số điện thoại: Thư điện tử:

3. ANH CHỊ EM

Họ & tên	Năm sinh	Trường
.....
.....
.....

4. LIÊN LẠC KHẨN

Vui lòng cung cấp thông tin những người có thể liên lạc trong trường hợp không liên lạc được với phụ huynh

Họ & tên	Mối quan hệ	Điện thoại
.....
.....
.....

CHILD PSYCHOLOGICAL INFORMATION

1. STUDENT'S DETAILS

Student's full name:

Date of birth: Gender: Male Female

Place of birth: Nationality:

Home address:

Tel:

2. PARENTS'S DETAILS

Father's fullname:

Year of birth: Nationality:

Occupation: Education level:

Mother's fullname:

Year of birth: Nationality:

Occupation: Education level:

Number of child:

After school time, who interacts the most with your child?
.....
.....

How much time on average do you spend with your child after work?
.....
.....

Does your child normally/usually share his/her troubles with family members?
.....
.....

Do you usually go on business trips?
.....
.....

3. EMERGENCY CONTACT

Please provide the information of guardians who can be contacted if you cannot be reached.

Name	Relationship	Tel
.....
.....
.....

4. PSYCHOLOGICAL INFORMATION

When does your child usually eat in day?

Easy to eat Difficult to eat

What is your child favorite foods?

What does your child not like to eat?

Does your child have any food allergies? Yes No

If you answer "Yes", please provide details

How does your child sleep? Easy to sleep Difficult to sleep

Does your child usually sleep during the day? Yes No

What is your child interested in?

What language(s) does your child use at home?

5. EDUCATION EXPERIENCE

- Reading parenting magazine
 Usually Rarely Never
- Parenting based on experience
 Traditional experience Books

6. DOES YOUR CHILD EXPRESS HIMSELF/HERSELF EASILY?

Yes No

What do you do when your child have good expressions?

How does your child express positive feelings and emotions?

What do you do when your child have bad expressions?

How does your child express negative feelings and emotions?

How does your child socialise with others?

- Enjoys meeting other children and finds it easy to socialise.
- Enjoys meeting other children but finds it difficult to socialise at first.
- Struggles to socialise and needs help from adults to meet other children but then interacts well.
- Struggles to socialise, needs help from adults, but still find it difficult to interval/interact with others.

7 . EDUCATION PERSPECTIVE IN FAMILY

Unified Conflict

Has your child been acquainted with school time table?

Yes No

Can your child adapt to school activities?

Yes No

How can you help your child adapt quickly to Tesla?

.....
.....
.....

Has your child ever received any additional learning support in school?

Yes No

If yes, please provide details including previous reports and/or assessments.

.....
.....
.....

Date:

Parent/Guardian's signature and fullname

.....

1. THÔNG TIN HỌC SINH

Họ tên học sinh:
Ngày tháng năm sinh: Giới tính: Nam Nữ
Nơi sinh: Quốc tịch:
Địa chỉ thường trú:
Số điện thoại:

2. THÔNG TIN PHỤ HUYNH

Họ tên cha:
Năm sinh: Quốc tịch:
Nghề nghiệp: Trình độ văn hoá:

Họ tên mẹ:
Năm sinh: Quốc tịch:
Nghề nghiệp: Trình độ văn hoá:

Số con:
Khi đi học về trẻ tương tác với ai trong gia đình nhiều nhất?
.....
.....

Trung bình bao nhiêu giờ/ngày bố/mẹ dành thời gian tiếp xúc với trẻ sau giờ làm?
.....
.....

Con của anh/chị thường chia sẻ những vấn đề trên lớp học với gia đình không?
.....
.....

Bố/mẹ có thường xuyên đi công tác không?
.....
.....

3. LIÊN LẠC KHẨN

Vui lòng cung cấp thông tin những người có thể liên lạc trong trường hợp không liên lạc được với phụ huynh

Họ & tên	Mối quan hệ	Điện thoại
.....
.....
.....

4. ĐẶC ĐIỂM TÂM LÝ

Trẻ thường ăn vào lúc nào trong ngày?

Dễ ăn

Khó khăn

Trẻ thích ăn món gì nhất?

Trẻ không thích ăn món gì?

Trẻ có bị dị ứng với thức ăn không? Có Không

Nếu câu trả lời là có, vui lòng cung cấp thêm thông tin

Trẻ có dễ ngủ không? Dễ

Khó ngủ

Trẻ có thường ngủ ngày không? Có Không

Sở thích hay mối quan tâm của trẻ là gì?

Ngôn ngữ nào bé đang sử dụng ở nhà?

5. KINH NGHIỆM NUÔI DẠY TRẺ CỦA PHỤ HUYNH

Đọc các loại sách báo nuôi dạy trẻ

Thường xuyên

Hiếm khi

Không bao giờ

Nuôi con theo kinh nghiệm

Kinh nghiệm dân gian

Từ sách báo

6. TRẺ KHI THỂ HIỆN BẢN THÂN CÓ DỄ DÀNG KHÔNG?

Có

Không

Cha/mẹ làm gì khi con có biểu hiện tốt?

Con của anh/chị thể hiện các cảm xúc tích cực thế nào?

Cha mẹ làm gì khi con có biểu hiện không tốt?

Con của anh/chị thể hiện các cảm xúc tiêu cực thế nào?

Con của anh/chị giao tiếp với người lạ như thế nào?

Thích chơi cùng với các bạn đồng trang lứa và dễ dàng khi giao tiếp cùng.

Thích chơi cùng với các bạn đồng trang lứa và gặp khó khăn khi mới bắt đầu giao tiếp cùng.

Phản kháng lại việc giao tiếp xã hội và cần sự giúp đỡ của người lớn khi chơi cùng các bạn khác và có sự tương tác tốt.

Phản kháng lại việc giao tiếp xã hội, cần sự giúp đỡ của người lớn nhưng vẫn gặp khó khăn trong tương tác với người khác.

7. CÁC QUAN ĐIỂM GIÁO DỤC TRONG GIA ĐÌNH

Thống nhất Không thống nhất

Trẻ có làm quen được với lịch sinh hoạt của nhà trường không?

Có Không

Trẻ có thích nghi được các hoạt động ở nhà trường không?

Có Không

Anh/chị sẽ làm gì để giúp trẻ nhanh chóng hoà nhập với sinh hoạt của Tesla?

.....
.....
.....

Trẻ đã từng cần đến các dịch vụ hỗ trợ đặc biệt ở trường không?

Có Không

Nếu câu trả lời là có, vui lòng cung cấp thêm chi tiết về các báo cáo hoặc bản đánh giá trước đây.

.....
.....
.....

Ngày:

Phụ huynh ký tên và ghi rõ họ tên

.....

1. STUDENT'S DETAILS

Student's fullname:
Date of birth:
Class:
Teacher:
Home address:

2. PARENTS'S PICK UP DETAILS

Fullname:
Relationship:
Year of birth:
ID card number:
Tel:

Fullname:
Relationship:
Year of birth:
ID card number:
Tel:

Fullname:
Relationship:
Year of birth:
ID card number:
Tel:

Parents/Guardian are requested to submit: 01 photo to the Admissions department or email: admission@tesla.edu.vn

1. THÔNG TIN HỌC SINH

Họ tên học sinh:
Ngày tháng năm sinh:
Lớp:
Giáo viên:
Địa chỉ thường trú:

2. THÔNG TIN PHỤ HUYNH ĐƯA ĐÓN

Họ tên:
Mối quan hệ với bé:
Năm sinh:
Số CMND / Thẻ căn cước:
Số điện thoại:

Họ tên:
Mối quan hệ với bé:
Năm sinh:
Số CMND / Thẻ căn cước:
Số điện thoại:

Họ tên:
Mối quan hệ với bé:
Năm sinh:
Số CMND / Thẻ căn cước:
Số điện thoại:

Phụ huynh đưa đón học sinh vui lòng nộp 01 hình thẻ mỗi người đến Phòng tuyển sinh hoặc qua email: admission@tesla.edu.vn

BUS REGISTRATION FORM

I/We would like our Child(ren) to participate in the TESLA Bus Service

STUDENT'S FULL NAME	CURRENT CLASS
.....
.....
.....
.....
.....

Please mark ✓ as appropriate:

- Our Child(ren) will take a bus from home to school
and/or
 Our Child(ren) will take a bus from school to home

INFORMATION FOR THE SCHOOL BUS REGISTRATION

Address for pick-up

Address for drop-off (if different)

- I/We understand that the pick-up and/or drop-off point may not be from outside a home and the school may need to arrange a group pick-up or drop-off point.
- I/We understand that it is obligatory to register for the bus before child/children can use the service. Whether the school bus is not needed, I/We will inform the school in advance.
- I/We agree that for safety reasons, students must obey the School Bus Rules. If students do not follow the rules after 3 reminders, the school reserves the right to ban students from the bus service.

ROUND TRIP						
No.	Distance between home and campus (Km)	Term 01	Term 02	Term 03	Term 04	Term 05
1	0 km ~ 3 km	4,880,000	5,430,000	4,990,000	4,660,000	4,990,000
2	3 km ~ 6 km	5,830,000	6,490,000	5,960,000	5,560,000	5,960,000
3	6 km ~ 9 km	6,840,000	7,620,000	7,000,000	6,530,000	7,000,000
4	9 km ~ 12 km	7,540,000	8,400,000	7,710,000	7,200,000	7,710,000
5	12 km ~ 15 km	8,300,000	9,240,000	8,490,000	7,920,000	8,490,000
6	15 km ~ 18 km	10,260,000	11,430,000	10,500,000	9,800,000	10,500,000

ONE WAY						
No.	Distance between home and campus (Km)	Term 01	Term 02	Term 03	Term 04	Term 05
1	0 km ~ 3 km	3,420,000	3,810,000	3,500,000	3,270,000	3,500,000
2	3 km ~ 6 km	4,120,000	4,590,000	4,210,000	3,930,000	4,210,000
3	6 km ~ 9 km	4,750,000	5,290,000	4,860,000	4,540,000	4,860,000
4	9 km ~ 12 km	5,260,000	5,860,000	5,380,000	5,020,000	5,380,000
5	12 km ~ 15 km	5,830,000	6,490,000	5,960,000	5,560,000	5,960,000
6	15 km ~ 18 km	7,160,000	7,970,000	7,320,000	6,830,000	7,320,000

Father's signature

Mother's signature

Guardian's signature

.....
Full name

.....
Full name

.....
Full name

.....
Date

.....
Date

.....
Date

I/ Tôi/Chúng tôi muốn đăng lý cho (các) con của tôi/chúng tôi sử dụng dịch vụ xe buýt trường

HỌ TÊN HỌC SINH	LỚP HIỆN TẠI
.....
.....
.....
.....

Vui lòng điền ✓ vào ô thích hợp để đăng ký dịch vụ:

- Học sinh sẽ sử dụng xe buýt từ nhà đến trường
và/hoặc
 Học sinh sẽ sử dụng xe buýt từ trường về nhà

THÔNG TIN VỀ DỊCH VỤ XE BUÝT TRƯỜNG

Địa chỉ đón

Địa chỉ trả (nếu khác địa chỉ đón)

- I/ Tôi/Chúng tôi hiểu rằng địa điểm đón và/hay trả học sinh có thể không phải là nhà học sinh, và Nhà trường sẽ sắp xếp điểm đón và trả theo từng nhóm hoặc từng điểm để thuận tiện cho cả phụ huynh và Nhà trường.
- I/ Tôi/Chúng tôi hiểu rằng việc đăng ký dịch vụ xe buýt trường phải được thực hiện trước thời điểm học sinh cần sử dụng và khi không có nhu cầu tiếp tục sử dụng dịch vụ này, tôi/chúng tôi sẽ thông báo trước cho Nhà trường.
- I/ Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng vì lý do an toàn, học sinh phải tuân thủ các Quy định trên xe buýt. Nếu học sinh không tuân thủ theo những quy định đó, và bị nhắc nhở 3 lần thì Nhà trường sẽ không cho phép học sinh tiếp tục sử dụng dịch vụ xe buýt trường.

ĐƯA ĐÓN 2 CHIỀU						
STT	Khoảng cách giữa nhà và trường (Km)	Học phần 01	Học phần 02	Học phần 03	Học phần 04	Học phần 05
1	0 km ~ 3 km	4,880,000	5,430,000	4,990,000	4,660,000	4,990,000
2	3 km ~ 6 km	5,830,000	6,490,000	5,960,000	5,560,000	5,960,000
3	6 km ~ 9 km	6,840,000	7,620,000	7,000,000	6,530,000	7,000,000
4	9 km ~ 12 km	7,540,000	8,400,000	7,710,000	7,200,000	7,710,000
5	12 km ~ 15 km	8,300,000	9,240,000	8,490,000	7,920,000	8,490,000
6	15 km ~ 18 km	10,260,000	11,430,000	10,500,000	9,800,000	10,500,000

ĐƯA ĐÓN 1 CHIỀU

STT	Distance between home and campus (Km)	Học phần 01	Học phần 02	Học phần 03	Học phần 04	Học phần 05
1	0 km ~ 3 km	3,420,000	3,810,000	3,500,000	3,270,000	3,500,000
2	3 km ~ 6 km	4,120,000	4,590,000	4,210,000	3,930,000	4,210,000
3	6 km ~ 9 km	4,750,000	5,290,000	4,860,000	4,540,000	4,860,000
4	9 km ~ 12 km	5,260,000	5,860,000	5,380,000	5,020,000	5,380,000
5	12 km ~ 15 km	5,830,000	6,490,000	5,960,000	5,560,000	5,960,000
6	15 km ~ 18 km	7,160,000	7,970,000	7,320,000	6,830,000	7,320,000

Chữ kí Bố**Chữ kí Mẹ****Chữ kí Người Giám hộ**.....
Họ & Tên.....
Họ & Tên.....
Họ & Tên.....
Ngày.....
Ngày.....
Ngày