



ゴホバレエアカデミー
GOH BALLET ACADEMY

入学願書

STUDENT REGISTRATION FORM

黒いボールペンでご記入ください (Please Complete This Form by Black Ballpoint Pen)

事務局記入用
OFFICE USE ONLY:

LEVEL: _____

INITIAL: _____

学生氏名 (漢字): 氏 _____ 名 _____
(Student Name)

(ローマ字): Family Name _____ Given Name _____

性別: 女(F) 男(M) 生年月日: _____年(yyyy) _____月(mm) _____日(dd) 年齢: _____ (9月1日付)
(Gender) (Date of Birth) (Age) (on September 1st)

自宅電話: (_____) 携帯電話: (_____) Eメール: _____
(Home Phone) (Student's Mobile) (e-mail Address)

ふりかな 住所: _____ 市/区: _____ 都/道/府/県: _____ 郵便番号: _____
(Home Address) (City) (Province) (Postal Code)

旅券番号: _____
(Passport Number)

ふりかな 父親の氏名: _____ 職業: _____ 勤務先の電話番号: (_____)
(Father's Name) (Occupation) (Father's Work Phone)
携帯電話: (_____) (Father's Mobile)

上記の住所と異なる場合のみ父親の住所 (Father's address if not the same as above):

番地 (Street) 市/区 (City) 都/道/府/県 (Province) 郵便番号 (Postal Code)

ふりかな 母親の氏名: _____ 職業: _____ 勤務先の電話番号: (_____)
(Mother's Name) (Occupation) (Mother's Work Phone)
携帯番号: (_____) (Mother's Mobile)

上記の住所と異なる場合のみ母親の住所 (Mother's address if not the same as above):

番地 (Street) 市/区 (City) 都/道/府/県 (Province) 郵便番号 (Postal Code)

受講コースをチェックしてください(複数可): (Please check the below boxes to choose which course(s) you would like to enroll in;
Check more than one box if needed)

RAD 指導資格受験のためのコース 2015年6/15~27(RAD Vocational Examination Studies)

3~6ヶ月のショートコース 2015年6月~2016年6月の期間(3 to 6 months Short Term Studies)

夏期集中コース 2015年7/6~8/8(Summer Intensive)

年間プロフェッショナル・トレーニング・プログラム 2015年9/14~2016年6/18(Annual Professional Training Program)



学生氏名(Student Name) _____ 日付(Date) _____

メディカル免責事項 (Medical Release)

私(両親・保護者)は、ゴー・バレエ・アカデミーの管理者、職員、引率者に、学校のクラス、パフォーマンス、また関連イベントに参加する際、緊急な医療行為が必要な場合、これらの医療行為および薬の使用の許可を、学年を通して与え、その結果に責任を持ちます。

In the event that I cannot be reached, I hereby give my permission to the management, faculty, staff and chaperones of Goh Ballet Academy to authorize any emergency medical care that may be required by the above noted student during participation in classes, performances, or any related Goh Ballet Academy events. This authorization extends throughout the current academic year. I understand that I am responsible for any and all charges as a result of such care or medical treatment.

保護者以外の緊急連絡先 (Emergency Contact other than parent/guardian listed on the front of this form)

名前 (Name) _____ 電話 (Telephone) _____

学生との関係 (Relationship to Student) _____

医師 (Doctor/Physician) _____ 医師の電話 (Physician's phone) _____

BC メディカル番号 (BC Medical Number) _____

過去あるいは現在のメディカル・コンディション(例: アレルギーなど)について、ゴー・バレエ・アカデミーに知らせておきたいことがありましたら、下記に列記してください。(Please list any special medical conditions (past or present) of which Goh Ballet Academy should be aware of)

免責事項 (Liability Release)

ダンス・トレーニングには、身体的ストレスや怪我の危険性を伴うことがあり、クラスや公演(その他の関連した行事も含む)等において怪我をした場合、ゴー・バレエ・アカデミーに一切責任がない事に同意します。良いトレーニングを行う為に、体の調整など講師が学生の体に触る必要がある事を理解します。また、私物の遺失、損害は自己責任とし、ゴー・バレエ・アカデミーそして講師にも一切責任がない事を了承します。

I am aware that dance training and the athletic exercises associated with it place unusual stress on the body and carries a risk of physical injury. On behalf of my child and myself (and if I am no longer a minor, on my own behalf), I assume the risk and agree that Goh Ballet Academy shall not be liable in any way for injuries sustained during attendance, dance class or any related functions. I understand that good dance training involves touching and adjustment of the student's body by the instructor. I further acknowledge that neither Goh Ballet Academy nor its instructors are responsible for any loss of or damage to the student's personal property.

X _____ (イニシャル/initial)

著作権免責事項 (Publicity Release)

ゴー・バレエ・アカデミーが学生の写真、映像、音声などを録画、録音し、ラジオやテレビ等に使用する事を許可し、宣伝広告などの為に学生の氏名、音声、履歴などを他の第三者によって使用する許可を与え、ゴー・バレエ・アカデミーに報酬、賠償などの請求を一切しない事を約束します。

I hereby authorize Goh Ballet Academy to record the student's picture and voice on photographs, films and tapes, to edit these recordings at its discretion, and to incorporate these recordings into movie and sound films on tape, radio or television broadcast programs. I also give my permission for Goh Ballet Academy to use and license others to use these materials for publicity advertising and sales promotion, and to use the student's name, likeness, voice, and biographic or other information in connection with them. I acknowledge that no promises of compensation are made by Goh Ballet Academy for such use.

X _____ (イニシャル/initial)



学生氏名(Student Name) _____ 日付(Date) _____

ディスカウントプラン (Discount Plan)

同じ家族内で2人目からは、10%の割引があります。
The 2nd and subsequent family member will receive a 10% discount off on the 2nd set of tuitions.

キャンセル約款 (Cancellation Policy)

年間プログラム終了前に退学をする場合、終了希望月の 1 週間前までに校長、事務局に書面にて通知しなければなりません。授業料返還は、医療上の理由で、かつ、それを証明する為の診断書の提示がある場合にのみ行われます。
避けることのできない特別な理由でクラスを休む場合を除き、授業料等の返還は致しません。また、やむを得ず休講する場合は事務所に必ず連絡し、補講を希望する場合は、2 週間以内に講師、事務局、もしくは校長の許可を得る必要があります。学生は、欠席の場合は、必ず事務所まで連絡してください。
Students who wish to discontinue lessons prior to the end of the school year must notify the Principal and the Administrator one week prior to the last day of the month in writing. Partial term refunds will only be given for medical reasons. If a student withdraws after the commencement of a term for medical reasons, a medical certificate is required to receive a refund.
No refunds or credits will be given for missed classes except in special circumstances. Make-up classes can be taken with pre-authorization from the Teacher, the Administrator or the Principal and must be taken within 2 weeks. The student must notify the office if she/he is unable to attend class.

学費支払い同意書 (Tuition Payment Agreement)

私は、勉強期間中のゴー・バレエ・アカデミー規定の学費、公演費、衣装代、追加クラス費(希望の場合)、コンクール費(希望の場合)を支払うことに同意いたします。また、学費について、一括前払いことも同意いたします。
I agree to pay Goh Ballet Academy for the dance instruction of the above student per the published tuition rates, extra classes fees (if applicable), performance fees, costume fees & competition fees (if applicable) for the student's period of study. I understand that the tuition must be prepaid all at once.

上記の内容を読んで理解し、すべての事に同意いたします。
ゴー・バレエ・アカデミーの規則、方針等を違反した場合、退学になる可能性があることも理解いたしました。
I have read, understand and agree to the Tuition Payment Agreement, Liability Release, Publicity Release, Discount Plan, Medical Release and Cancellation Policy. The undersigned also understands and agrees that the Academy reserves the right to void this membership for conducts that contravene the objectives, rules, regulations and policies of the Academy.

両親/責任者/学生 氏名 _____ 日付 _____
(Parent / Guardian /Student) (Name) (Print Name) (Date)

両親/責任者/学生 _____
(Parent / Guardian /Student) 署名(Signature)