



SPRINGVALE INDO-CHINESE ETHNIC SCHOOL Inc.

Trường Việt Ngữ SPRINGVALE

REG.No.A0047705A - ABN: 29 016 374 639

Văn phòng:

15 Wardale Road, Springvale South, Vic 3172
Postal Address: PO Box 429 Springvale, Vic 3171

Trung tâm giảng dạy:

KEYSBOROUGH COLLEGE - BANKSIA CAMPUS
8-20 Janine Road, Springvale South, Vic 3172

Điện thoại: 0421 821 901

Email: maithanhlapvngs@hotmail.com

ĐƠN GHI DANH NIÊN KHÓA 2019 - DU HỌC SINH

Họ: Tên lót: Tên:
(Family Name) (Middle Name) (First Name)

Ngày sinh (Date of Birth):/...../.....

Phái tính: Nam (Male) ☐ Nữ (Female) ☐

Họ tên Cha (Father):

Mobile phone:

Họ tên Mẹ (Mother):

Mobile phone:

Điện thoại nhà (Home phone):

Emergency contact number:

Địa chỉ của học sinh (Address):

Vùng (Suburb): Số vùng (Postcode):

Email của phụ huynh:

Tên trường Úc năm 2019 Lớp năm 2019:
(Mainstream School 2019) (Year level 2019)

Campus của trường Úc:
(Mainstream School's Campus)

Lớp tiếng Việt năm 2018: SÁNG / CHIỀU - Giáo viên:

Ghi danh học lớp tiếng Việt năm 2019: SÁNG / CHIỀU - Giáo viên:

Để tiện việc sắp xếp cho niên khóa mới, xin Quý vị vui lòng đóng học phí và nộp đơn này lại cho chúng tôi:

Học phí toàn năm từ lớp mẫu giáo đến lớp 10:

Học phí toàn năm lớp VCE (11, 12):

* Học phí sẽ không được hoàn trả lại sau 2 tuần kể từ ngày quý vị ghi danh và đóng học phí.

(Refund will not be accepted after the 2 weeks of enrolment)

PHẦN ỦY QUYỀN TRONG TRƯỜNG HỢP CÓ TAI NẠN:

Trong trường hợp con tôi bị bệnh hay bị thương lúc học ở trường hoặc đang tham gia một cuộc du ngoạn của trường hoặc đang đến trường hay từ trường về nhà, và nhà trường không có cách gì thông báo cho tôi biết, tôi bằng lòng cho phép Hiệu Trưởng hay nhân viên phụ trách của trường thu xếp với Bác Sĩ hội đủ tiêu chuẩn để cấp cứu con tôi. Sự cho phép này bao gồm cả việc gây mê, giải phẫu và tiếp máu. Tôi xin chịu hoàn toàn mọi chi phí cho việc cấp cứu này.

Ngày tháng năm

Chữ ký của phụ huynh:

DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG:

Ngày thu tiền:/...../..... Biên nhận số: Số tiền: Người nhận:

Ghi chú:

From 2018, DET requires all community language schools to incorporate the following items into their existing enrolment forms, **effective immediately**.

Is your child:

An Australian citizen/ Permanent resident

Yes ☐

No ☐

A full-fee paying international student

Yes ☐

No ☐

Other ☐

If other, please specify:

Is your child **currently** enrolled at another community language school to learn the **same** language?

Yes ☐

No ☐

If yes, which school:

Has your child **ever been enrolled** at another community language school to learn the **same** language?

Yes ☐

No ☐

If yes, which school:

Privacy Collection Notice – Protecting your privacy and sharing information

The information about your child and family collected through this enrolment form will only be shared with school staff who need to know to enable the community language school and Department of Education and Training (Department) to educate or support your child, or to fulfil legal obligations including duty of care, anti-discrimination law and occupational health and safety law. The information collected will not be disclosed beyond the Department without your consent, unless such disclosure is lawful. For more about information-sharing and privacy, see the Department's privacy policy at:

<http://www.education.vic.gov.au/Pages/privacy.aspx>

Student's Health Condition – Medical condition:

Does the student have any medical conditions that we need to be aware of (**Asthma, allergies, etc...**)?

Please specify:

.....

Parent/Guardian Privacy Consent and Declaration:

I confirm that the information provided on this enrolment form is true and correct and I acknowledge and agree to the terms and conditions of enrolment accompanying this enrolment form. I consent to:

- the collection of my child's health and personal information by the community language school;
- the community language school disclosing my child's personal information contained in this enrolment form to the Department of Education and Training for data verification and funding purposes;
- the Principal or teacher (where the Principal or teacher in charge is unable to contact me) to administer such first aid to my child as the Principal or staff member may consider to be reasonably necessary including disclosing personal and health information to professional third parties in the event of a medical emergency

Name of Parent/Guardian:

Signature of

Parent/Guardian: _____

Date: ____ / ____ / ____
 dd mm yyyy