

REGISTRATION FORM



STUDENT INFORMATION / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΜΑΘΗΤΗ:

Surname in Greek / Επίθετο στα Ελληνικά		Name in Greek: / Όνομα στα Ελληνικά:	
Surname in English / Επίθετο στα Αγγλικά		Name in English / Όνομα Αγγλικά	
Date of Birth Ημ/νία Γεννήσεως:	Place of Birth Τόπος Γεννήσεως	Pos & Num of children in the family Σειρά και Αριθμός παιδιών στην οικ.	Language(s) spoken at home Γλώσσα(ες) ομιλίας στο σπίτι :
School name / Σχολείο:		Class / Τάξη:	Full day? (Yes/No) / Ολοήμερο;

Course(s) your child is interested in at THINK / Μάθημα(τα) για τα οποία ενδιαφέρεται το παιδί σας στο THINK: (Αγγλικά, Γαλλικά, Computers, etc)

1			
2			
3			
Previous education your child has received on the above selected course(s) Προηγούμενη εκπαίδευση που έχει λάβει το παιδί σας στα πιο πάνω επιλεγμένα μαθήματα:			
School / Σχολείο	Exam. Organization / Εξετ. Οργανισμός	Cert. Level – Grade / Επίπεδο Διπλώματος - Βαθμός	Date taken / Ημερ. Εξέτασης

FAMILY INFORMATION / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:

Father's Surname / Επίθετο Πατέρα:	Name / Όνομα:	Mother's Surname Επίθετο Μητέρας:	Name Όνομα:	
Father's nationality / Υπηκοότητα Πατέρα	Mother tongue / Μητρική Γλώσσα:	Mother's nationality / Υπηκοότητα Μητέρας	Mother tongue / Μητρική Γλώσσα:	
Father's Profession / Επάγγελμα Πατέρα:	Mother's Profession / Επάγγελμα Μητέρας:			
Father's Employer / Εργοδότης Πατέρα:	Mother's Employer / Εργοδότης Μητέρας:			
Father's mobile ph. / Κινητό Τηλ. Πατέρα:	Work phone / Τηλ. εργασίας	Mother's mobile ph./Κινητό Τηλ. Μητέρας:	Work phone / Τηλ. εργασίας	
Father's eMail / Ηλ.Διεύθ. Πατέρα:	Mother's eMail / Ηλ.Διεύθ. Μητέρας			
Home Address / Διεύθυνση οικίας:				
Street / Οδός:	Area / Περιοχή:	Postal Code Ταχ.Κώδικας:	Home Tel./ Τηλ.Οικίας:	Fax / Φαξ:

GUARDIAN / ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ:

Guardian: (Parents/Mother/Father/Other) / Κηδεμόνας: (Γονείς/Μητέρα/Πατέρας/Άλλος)				
If other person, provide Relation to the child / Εάν άλλο άτομο, γράψτε την Συγγένεια/Σχέση:				
If the Guardian is another person, please provide Contact Details / Εάν ο κηδεμόνας είναι άλλο άτομο, δώστε Στοιχεία Επικοινωνίας:				
Street Οδός:	Area Περιοχή:	Postal Code Ταχ.Κώδικας:	Home Tel./ Τηλ.Οικίας:	Mobile Phone / Κινητό
Person responsible for financial issues: (Parents/Mother/Father/Other) / Υπεύθυνος για οικονομικά θέματα: (Γονείς/Μητέρα/Πατέρας/Άλλος)				

THINK Learning Centre, trading name of **ANS GNOSIS LTD**

3 Paleologou Str., 2023 Strovolos, Nicosia, Cyprus, Tel: 70002900, Fax: 22512603, email: Admin@ThinkLearningCentre.com, web: www.ThinkLearningCentre.com

MEDICAL INFORMATION / ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

For the safety of children and to comply with the safety requirements for educational institutions we ask you to provide the following medical information for your child.

Για την ασφάλεια των παιδιών και για να συνάδουμε με τις ανάγκες ασφάλειας για ακαδημαϊκά ιδρύματα, ζητούμε τις ακόλουθες ιατρικές πληροφορίες για το παιδί σας:

1. **Emergency Contact / Άτομο έκτακτης επικοινωνίας:**
Mother / Μητέρα ___ Father / Πατέρας ___ Other / Άλλος: _____
2. **Immunization & Vaccinations / Εμβόλια (please provide most recent dates / Παρακαλώ δώστε τις πιο πρόσφατες Πληροφορίες)**

Diphtheria / Διφθέρα		Tetanus / Τέτανος		Varicella / Ανεμοβλογιά	
Pneumococcus / Πνευμονόκοκκος		Meningococcus C / Μηνιγγίτιδα Γ		Polio / Πολιομυελίτιδα	
Whooping cough / Κοκίτης		Hepatitis B / Ηπατίτιδα Β		German Measles	
Measles / Ιλαρά		Mumps / Μαγουλά		Haemophilus Influenza	

3. **Please list any recent diseases your child has had and give dates:**
Παρακαλώ δώστε οποιοδήποτε ασθένειας είχε το παιδί σας με ημερομηνίες:

4. **Does your child have any history of the following? (Yes/No)**
Το παιδί σας έχει ιστορικό σε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα; (Ναι/Όχι)
Epilepsy / Επιληψία: _____ Heart Disease / Καρδιακές παθήσεις: _____ Diabetes / Διαβήτης: _____ Tuberculosis / Φυματίωσης: _____ Other / Άλλο: _____
5. **Is your child on medication? If yes please explain**
Το παιδί σας παίρνει φάρμακα; Εάν ναι παρακαλώ εξηγήστε: _____
6. **Does your child have any allergy or drugs sensitivity? if yes, please explain:**
Το παιδί σας έχει καμιά αλλεργία ή ευαισθησία σε φάρμακα; Εάν ναι παρακαλώ εξηγήστε:

7. **Does your child wear any of the following health aids?**
Το παιδί σας φοράει οποιοδήποτε από τα ακόλουθα ιατρικά βοηθήματα;
Spectacles / Γυαλιά: _____ Hearing aid / Ακουστικά: _____ Orthopedic aid / Ορθοπεδικό βοήθημα: _____ Other / Άλλο: _____
8. **Does your child require any special seating arrangements in the class due to hearing or sight problems?**
Το παιδί σας χρειάζεται οποιαδήποτε ειδική διευθέτηση θέσης στη τάξη λόγω οπτικών ή ακουστικών προβλημάτων; _____
If yes, please explain / Εάν ναι παρακαλώ εξηγήστε: _____

Registration Form Rules & Regulations / Όροι & Κανονισμοί για Εγγραφή:

- The information provided in this registration form is considered confidential and will be used only in relation to the education of your child at THINK. *Οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτή την αίτηση εγγραφής θεωρούνται εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά σε σχέση με τη εκπαίδευση του παιδιού σας στο THINK.*
- There is no application fee. The registration fee for new students, once your child is accepted and you decide to register, will be €25. This amount is not refundable.
For students already attending THINK their registration fee will be the prepayment of their September month fees.
Δεν υπάρχει χρέωση για την αίτηση. Η χρέωση εγγραφής, όταν το παιδί σας γίνει δεκτό και αποφασίσετε να εγγραφείτε, θα είναι €25. Αυτό το ποσό δεν επιστρέφεται.
Για μαθητές που είναι ήδη εγγεγραμμένοι στο THINK, η εγγραφή τους θα είναι η προπληρωμή για τον μήνα Σεπτέμβριο.
- Prospective pupils will be tested and interviewed to find the appropriate level before assigned to a class.
Υποψήφιοι μαθητές θα εξετάζονται για να τοποθετηθούν στο κατάλληλο επίπεδο.
- Payment of fees is due at the beginning of each month. A two months notice should be given in writing before your child is due to leave the school, if you so decide. Failure to provide this notice on time will result in charging you with the equivalent amount.
Η πληρωμή των γίνεται στην αρχή κάθε μήνα. Προειδοποίηση δύο μηνών θα πρέπει να δοθεί γραπτώς εάν προτίθεστε να αποχωρήσετε από το σχολείο. Η μη έγκαιρη παρουσίαση αυτής της προειδοποίησης θα έχει ως αποτέλεσμα να χρεωθείτε με το αντίστοιχο ποσό.

I confirm that I have read the rules and regulations set out above and I accept them.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει τους όρους και κανονισμούς που καθορίζονται πιο πάνω και τους αποδέχομαι.

Name
Όνομα: _____

Date
Ημερ: _____

Signature
Υπογραφή: _____

THINK Learning Centre, trading name of ANS GNOSIS LTD

3 Paleologou Str., 2023 Strovolos, Nicosia, Cyprus, Tel: 70002900, Fax: 22512603, email: Admin@ThinkLearningCentre.com, web: www.ThinkLearningCentre.com