

国际学生申请表

所有信息都将按照学生和访问者信息系统 (SEVIS) 的要求以及国土安全部的美国公民及移民服务局的法规报告。

申请人姓名: 姓: _____ 名: _____

入学年级: _____ 年级

入学季度: _____ 秋季入学 _____ 春季入学

入学年度: 20_____

在我们所知的范围内，此表格和随表格附上的所需文件上提供的所有信息都是真实和正确的。

学校及相关人员仅使用与申请人有关的机密信息。通过签署此申请书，我 (1) 授权我的孩子所在的学校可将申请人的学业成绩和考试成绩提供给 Arroyo Pacific Academy，以用于评估入学申请；(2) 完全了解，依据《教育法》第49069条规定，作为父母，我们有权在孩子被 Arroyo Pacific Academy 录取后，查看我孩子所有学习记录。我了解《教育法》第49069条规定的权利，并有意并自愿放弃第49069条规定的获取评估材料全部权利；以及(3) 特此免除所有个人和机构因本申请有关信息而引起的与诽谤和/或侵犯隐私相关的所有责任。此外，我将放弃与本申请信息有关的全部权利。我清楚和了解，一旦学生的资料被SEVIS受理，所有的学费和费用均不予退还。除非，学生被美国政府拒绝签证，并且向学校提供了相关的官方文件时，才会考虑退款。

所有的问题都将完整准确的填写。

任何虚假的信息和/或签名均将导致拒绝接受或退学。

父母/监护人签字 日期

担保人签字 日期

申请学生签字 日期



请粘贴近期护照照片



ARROYO PACIFIC ACADEMY

325 N Santa Anita Ave • Arcadia, California 91006 • Tel 626.294.0661 • www.arroyopacific.org

申请人信息--由家长或监护人填写 (请打印或键入)

申请人法定姓名: _____ 男 _____ 女

姓 _____ 名 _____ 中间名 _____

申请人家庭住址 (海外地址) _____ 门牌号及街道名称 _____

城市 _____ 省/地区 _____ 国家 _____ 邮政编码 _____

申请人家庭电话 (海外) _____ 出生日期 (月/日/年) _____

申请人出生国家 _____ 申请人出生城市 _____ 申请人国籍 _____

申请人护照号码 _____ 护照签发国 _____ 护照有效期 _____

申请人邮箱 _____

我证明, 我只是为了完成学业而寻求暂时进入或停留美国。

您打算学习的专业是什么? (勾选) _____ Arroyo Pacific Academy 全日制高中课程/文凭.

家庭情况- 申请人目前海外居住情况 (酌情填写):

_____ 父母双方 _____ 母亲 _____ 父母分居 _____ 监护人
_____ 父亲 _____ 父母离异 _____ 单亲父母
_____ 继母 _____ 母亲去世
_____ 继父 _____ 父亲去世

家庭情况--申请人在美居住情况 (酌情填写):

_____ 父母双方 _____ 母亲 _____ 监护人
_____ 父亲 _____ 其他: _____
_____ 继母
_____ 继父

申请人美国地址 (如有) _____ 门牌号码及街道 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

申请人美国家庭电话 _____ 手机 _____

申请人驾驶执照 (如有) _____ 驾照签发州 (如有) _____

学校办公室填写: Representative's Name

Email Address

Phone Number

法律和财务责任:

请选择承担申请人全部法律责任的负责人:

_____ 父母双方 _____ 母亲 _____ 继母
_____ 监护人 _____ 父亲 _____ 继父

请选择承担申请人全部财务责任的负责人:

_____ 父母双方 _____ 母亲 _____ 继母
_____ 监护人 _____ 父亲 _____ 继父

家庭人员信息: 如已故, 请在姓名后填写已故

母亲或监护人 _____ Mrs. _____ Ms. _____ Dr. _____ 其他 _____

全名 _____ 母亲姓氏 _____

职业/专业 _____ 职位 _____

雇主 _____ 公司电话 _____

目前的邮寄地址 (海外) _____ 省/地区 _____ 国家 _____ 邮政编码

家庭电话 _____ 邮箱 _____ 微信

父亲或监护人 _____ Mr. _____ Dr. _____ 其他 _____

全名 _____

职业/专业 _____ 职位 _____

雇主 _____ 公司电话 _____

目前的邮寄地址 (海外) _____ 省/地区 _____ 国家 _____ 邮政编码

家庭电话 _____ 邮箱 _____ 微信

继父母 (如果适用) _____ Mr. _____ Mrs. _____ Ms. _____ Dr. _____ 其他 _____

姓名 _____ 家庭电话 _____

职业/专业 _____ 职位 _____

雇主 _____ 公司电话 _____

目前的邮寄地址 (海外) _____ 省/地区 _____ 国家 _____ 邮政编码

家庭电话 _____ 邮箱 _____ 微信

如果是离婚或分居的家庭，应将学校的信件重复发至：

姓名

地址

城市/州/邮政编码

国家

申请人的种族背景: 选择所有适用选项

_____ 非洲人 _____ 亚洲人 _____ 高加索人 _____ 菲律宾人
_____ 西班牙裔/拉丁美洲人 _____ 太平洋岛民 _____ 其他: _____

Arroyo Pacific Academy 接纳任何种族、性别、肤色或民族的学生，享有学校给予或提供给所有学生相同的权利、课程和活动。在学校的教育政策、录取要求、体育运动和其他学校管理中，学校不因种族、性别、肤色和民族而有任何歧视行为。

其他申请人信息

申请人目前和曾经入学的学校：

年级	学校名称	入学日期	城市/省/地区	国家
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

申请人如何了解到 **Arroyo Pacific Academy**?

申请人正在申请的其他学校?

请描述您的儿子或女儿曾有过的任何学术或个人问题，这些问题是否影响了学生过去在校的表现或有可能影响将来在校的表现。您的孩子是否曾经跳级、重读或者在家上课?

您的儿子或女儿为什么选择来美国学习? 请详述。

其他申请人信息 (继续)

请申请人/学生回答:

为什么你想要进入 Arroyo Pacific Academy 学习?

你短期或长期的个人目标或学习目标是什么?

请列出你感兴趣的科目和领域。

你的优势或才能是什么?

你是否获得过哪些成就?

你希望在哪些领域提高自己?

(以下由学校填写)

Verified at Arroyo Pacific Academy by: _____ Date: _____

请打印或使用黑色墨水完整填写。

学生姓名: _____ 年龄: _____ 年级: _____

医疗/紧急情况:

请指出我们需要注意的任何过敏、健康问题、学习障碍、心理问题或慢性/严重医疗状况。如果不适用请填写“N/A”。

紧急治疗授权

上述学生的父母/监护人特此授权 **Arroyo Pacific Academy** 作为签署人的代理人, 同意接受任何必要的x射线检查、麻醉、医学或外科诊断或治疗以及住院治疗。在加利福尼亚州《医疗实践法》或获得许可的医院的医务人员的监督下, 可将上述未成年人交付给医生办公室或医院进行治疗。

我们理解, 此授权是在需要进行任何特定的诊断、治疗或医疗护理之前给予的。所有上述的医务人员作出的诊断、治疗以及医疗护理决定都将以保护上述未成年子女的生命和健康为基础。

该授权是根据《加州民法典》第25.3条的规定的, 并且自2023年8月至2024年8月此授权一直有效, 除非以书面形式撤销该代理人的授权。

我了解, 如果此表格的内容有任何更改, 我有责任以书面形式告知 **Arroyo Pacific Academy**。如果我没有以书面形式告知 **Arroyo Pacific Academy**, 属于我未遵守该规定, 学校免于承担任何责任。

父亲 / 寄宿家庭父亲签字: _____

日期: _____ 邮箱: _____

家庭电话: _____ 工作电话: _____

母亲 / 寄宿家庭母亲签字: _____

日期: _____ 邮箱: _____

家庭电话: _____ 工作电话: _____

在美第一联络人姓名: _____ 关系: _____

美国家庭电话: _____ 工作电话: _____

在美第二联络人姓名: _____ 关系: _____

美国家庭电话: _____ 工作电话: _____

医疗信息和药物需求表格

此表格上的所有信息都是机密内容，仅在紧急医疗情况或自然灾害时使用。

请填写“N/A”如果不适用。

对药物、食物或环境过敏： _____

目前正在服用的药物（家庭和学校）： _____

慢性/严重疾病： _____

在校期间需服用的处方及非处方药物

我要求我的孩子在学校手册中阐明的学校政策下，按照规定指示服用以下药物。我清楚了解，我的孩子（而不是Arroyo Pacific Academy的工作人员）有责任验证所用药物的正确性。

请填写“N/A”如果不适用。

药物名称： _____

用药/诊断目的： _____

规定剂量： _____

在校服用时间： _____

需要服药时限： _____

解释药物可能产生所有不良反应： _____

特别说明/备注： _____

保险公司名称： _____

保险或分类号码： _____

如发生自然灾害，可联系以下人员接送学生：

_____ 与学生关系： _____

_____ 与学生关系： _____

_____ 选择可以在没有陪同人员的情况下，由学生自己回家。家长签字： _____ 日期： _____

当我的孩子需要泰诺Tylenol时，我同意学校提供泰诺Tylenol给我的孩子： _____ 是 _____ 否

当我的孩子需要布洛芬/阿迪普尔ibuprofen/Advil时，我同意学校提供阿迪普尔Advil给我的孩子： _____ 是 _____ 否

当我的孩子需要苯海拉明Benadryl时，我同意学校提供苯海拉明Benadryl给我的孩子： _____ 是 _____ 否

父母/寄宿家庭父母姓名 _____ 父母/寄宿家庭父母签字 _____ 日期 _____

白天联络电话 _____ 紧急联络电话 _____

ARROYO PACIFIC ACADEMY

325 N Santa Anita Ave • Arcadia, California 91006 • Tel 626.294.0661 • www.arroyopacific.org

国际学生和交换学者银行信息认证表格

2023-2024年度经济担保

所有信息都将根据学生和交换访者信息系统 (SEVIS) 的法规以及国土安全部的美国公民及移民服务局要求报告。

说明: 此表格须与您的申请文件一起寄回。申请 Arroyo Pacific Academy 的国际学生须有足够的资金支付所有必要的费用。请注意, 任何伪造的证件和证明都会导致拒收和退学。

2023至2024学年的学费和学生费用为33,100美元, 其中不包括住房、餐费、交通、学习用品和保险。住宿可通过 Arroyo Pacific Academy 寻找私人机构安排。预估费用总额为49,100美金。**2023-2024年度预估财务要求附在本表格后。**这些费用均为预估金额, 如有变更, 恕不另行通知。实际费用会有所不同。

财务证明须在签发 Form I-20前提供。父母/监护人或担保人必须随本经济担保一起提交以下财务文件: 包括**存款证明或最近四 (4) 个月的银行存款明细表 (折算成美元)**。财务文件所示金额必须达到或超过至少一年的学费、食宿费、保险、杂费、书费和学习用品的总额。请使用黑色墨水打印。请完整并准确地提供所有信息。

_____ 学
学生姓名

_____ 与申请人关系
担保人/账户持有人姓名

_____ 银行或机构名称

_____ 职位
银行官员签字

_____ 地址

申请人须明确说明如何支付 Arroyo Pacific Academy 学年相关剩余费用。请明确列出。

_____ 上述担保人/账户持有人已支付上述学生2023-2024年度的学杂费以及预估的财务费用存入我们的银行账户/学校。我们了解, 此文件是学生与交换访者信息服务 (SEVIS) 用于注册 Arroyo Pacific Academy 所必须提供的。本文件只对 Arroyo Pacific Academy 的申请使用, 对其他任何学习机构均无效。如果需要, 学校可能会要求提供其他信息或证明。

_____ 日期 邮箱
担保人/账户持有人签名