

English & Adventure Camp at Khao Yai 2024

สาขากรุงเทพ: 998 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กทม. 10900 โทร. 02 513 0270-1 ต่อ 244 แฟกซ์. 02 513 8271

สาขาเขาใหญ่: 49, 49/1-3 หมู่ 4 ถนนธนรัชต์ ตำบลหนองน้ำแดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา 30450 โทร. 086-4688040 แฟกซ์. 044 365 019

Website: www.sis.edu / www.ststephen.ac.th email: gee.t@sis.edu

ใบสมัครแคมป์

วันที่สมัคร _____

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (ภาษาไทย)		ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (ภาษาอังกฤษ)	
ชื่อเล่น (ไทย/อังกฤษ)	วันเกิด	อายุ	เพศ
สัญชาติ	เชื้อชาติ	***เลขที่บัตรประชาชน***	
ศึกษาอยู่ที่	เรียนชั้น	จังหวัด	
ข้อมูลผู้ปกครอง			
ชื่อ-สกุลบิดา	โทรศัพท์		อาชีพ
ชื่อ-สกุลมารดา	โทรศัพท์		อาชีพ
ที่อยู่	รหัสไปรษณีย์		
โทรศัพท์ที่บ้าน	โทรสาร ที่ทำงาน	อีเมล (โปรดระบุ)	
*** ชื่อผู้ปกครองและโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก (โปรดระบุ) ***			
ท่านทราบข้อมูลแคมป์ครั้งนี้จากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> Bkk.Kids <input type="checkbox"/> นิตยสาร <input type="checkbox"/> โบชัวร์ <input type="checkbox"/> บุรุษแนะนำ <input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> ป้ายโฆษณา <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> www.camphub.in.th <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> นกเรียนเก่า <input type="checkbox"/> Website >> <input type="checkbox"/> อื่น ๆ			
ค่าใช้จ่าย 42,500 บาท / คน	<input type="checkbox"/> Camp A: 17 มีนาคม - 6 เมษายน 2567 (21 วัน)		
ค่าใช้จ่าย 38,500 บาท / คน	<input type="checkbox"/> Camp B: 16 เมษายน - 4 พฤษภาคม 2567 (19 วัน)		
Camp A สมัครและชำระเงินก่อน 31 มกราคม 2567 (รับส่วนลดโปรโมชั่น 500 บาท) Camp B สมัครและชำระเงินก่อน 29 กุมภาพันธ์ 2567 (รับส่วนลดโปรโมชั่น 500 บาท)			
ขั้นตอนการสมัคร 1. ผู้ปกครองกรอกใบสมัคร พร้อมชำระค่าเรียน โดยโอนเงินมายัง โรงเรียนนานาชาติเซนต์สตีเฟ่นส์ เขาใหญ่ ธนาคารกรุงเทพ สาขาธนบุรี คอมเพล็กซ์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 045-7-05944-2 พร้อมส่งเอกสารมายัง Email: gee.t@sis.edu เพื่อยืนยันการสมัคร 2. เมื่อทางโรงเรียนฯ ได้รับใบสมัครพร้อมเอกสารยืนยันการโอนเงิน ทางโรงเรียนฯ จะส่ง Email ยืนยันที่เรียนไปยังท่านผู้ปกครอง 3. การสมัครเรียนแคมป์ จะสมบูรณ์เมื่อท่านผู้ปกครองได้รับการยืนยันที่เรียนจากทางโรงเรียนฯ แล้วเท่านั้น นโยบายการยกเลิกการเข้าร่วมแคมป์ ** ท่านผู้ปกครองที่สมัครและชำระค่าเรียนแล้ว ทางโรงเรียนฯ จะไม่คืนค่าเรียนไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น **			

ลงชื่อ _____ (ผู้ปกครอง)



St. Stephen's English and Adventure Camp 2024

ใบยินยอมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection) และด้านสุขภาพและสาธารณสุขภายในค่ายกรณีเจ็บป่วย

ข้าพเจ้า _____

ผู้ปกครองของนักเรียนชื่อ(ต.ช./ต.ญ.) _____ มีฐานะเป็น _____

โทร. _____

ยินยอมให้(ต.ช./ต.ญ.) _____ ร่วมเดินทางเข้าค่ายภาคปิดเทอม ณ โรงเรียนนานาชาติ-เซนต์สตีเฟ่นส์

เขาใหญ่ **Camp A: 17 มีนาคม - 6 เมษายน 2567 (21 วัน)** **Camp B: 16 เมษายน - 4 พฤษภาคม 2567 (19 วัน)**

การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection) ข้าพเจ้ายินยอมให้ โรงเรียนฯ สามารถส่งข้อมูลทางการตลาดเกี่ยวกับโรงเรียนฯ หรือบริการ รวมถึงการแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับกิจกรรมทางการตลาด โปรโมชัน การจับรางวัล การเป็นสมาชิก และรูปแบบการให้รางวัลและโปรโมชันอื่น ๆ ผ่านอีเมล SMS โทรศัพท์มือถือ Line ฯลฯ และอนุญาตให้โรงเรียนนานาชาติเซนต์สตีเฟ่นส์ หรือพันธมิตร มีสิทธิในการบันทึกวีดีโอ ถ่ายภาพนิ่ง อัปเดตเสียงหรือวีดีโอเทปกับบุตรหลานของข้าพเจ้าและ/หรือในรูปแบบผลงานของนักเรียนและการแสดง เพื่อเผยแพร่ผลงานเหล่านั้น บนเว็บไซต์ บอร์ดในบริเวณโรงเรียนฯ หรือโพสต์บนโซเชียลมีเดีย (รวมถึง Facebook; Twitter; YouTube ฯลฯ) หรือเพื่อเผยแพร่ทางโทรศัพท์ หรือวิทยุและสื่อการพิมพ์ทุกประเภท **ทางโรงเรียนได้ทำประกันชีวิตและอุบัติเหตุให้กับนักเรียนที่เข้าค่ายทุกคน ประกันชีวิตทุนประกัน 100,000.- บาท**

ทุนประกันเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	สูญเสียอวัยวะ	100,000.- บาท
	เสียชีวิต	100,000.- บาท
	ค่ารักษาพยาบาลในกรณีเกิดอุบัติเหตุ	10,000.- บาท

ด้านสุขภาพ ทางโรงเรียนมีพยาบาลประจำอยู่ที่โรงเรียนตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่บุตรหลานของท่านป่วยอย่างรุนแรง ทางโรงเรียนฯ มีความจำเป็นที่ ต้องส่งไปยังคลินิกที่ไว้วางใจได้หรือโรงพยาบาล โดย รร. จะแจ้งผู้ปกครองให้ทราบทันที **โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลดังกล่าว** โดยประสานโรงเรียนฯ เพื่อโอนเงินค่ารักษาให้กับคลินิกหรือโรงพยาบาลนั้นเองก่อนนำเด็กออกจากสถานพยาบาลนั้น ๆ

ผู้ปกครองหรือ บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ _____ มีฐานะเป็น _____

โทร. _____

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ารับทราบ และให้ความยินยอมดังนี้

- ทางค่ายมีความยินดีที่จะดูแลนักเรียนที่เจ็บป่วย และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ตามระเบียบสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- กรณีนักเรียนมีการเจ็บป่วย และมีความจำเป็นที่จะต้องส่งนักเรียนไปสถานพยาบาล พยาบาลค่ายจะแจ้งให้ผู้ปกครองทราบทันที
- กรณีแพทย์ให้การตรวจรักษา และมีความเห็นว่านักเรียนต้องลาป่วย ผู้ปกครองต้องมารับนักเรียนกลับบ้านภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้นักเรียนได้อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง ตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนดในใบรับรองแพทย์
- กรณีนักเรียนต้องลาป่วยตามใบรับรองแพทย์ ทางค่ายไม่อนุญาตให้นักเรียนที่ลาป่วยพักอาศัยหรือร่วมกิจกรรมกับทางค่าย เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ค่ารักษาพยาบาลของนักเรียนทั้งหมด จะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ปกครองในทุกกรณี โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลดังกล่าวก่อนรับนักเรียนออกจากสถานพยาบาล
- กรณีนักเรียนลาป่วยครบกำหนดและมีความประสงค์จะกลับเข้าร่วมกิจกรรมในค่าย ท่านผู้ปกครองต้องแจ้งความประสงค์ดังกล่าวผ่านฝ่ายประสานงานค่าย ทุกครั้งที่เบอร์โทร **091-219-0042** หรืออีเมล **khaoyaicamp@gmail.com**
- กรณีนักเรียนตรวจพบว่าติดเชื้อ Covid-19 โดยผลตรวจ ATK เป็นบวก (POSITIVE) นักเรียนต้องลาป่วย 5 วันและพบแพทย์เมื่อจำเป็นตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ผู้ปกครองต้องมารับนักเรียนกลับบ้านภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้นักเรียนได้อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง ทางค่ายไม่อนุญาตให้นักเรียนที่ลาป่วยพักอาศัยหรือร่วมกิจกรรมกับทางค่าย เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

7. กรณีนักเรียนที่ติดเชื้อ Covid-19 และลาป่วยครบ 5 วัน นักเรียนจะกลับมาเข้าค่ายได้เมื่อผล ATK เป็นลบ (Negative) ในวันที่ 5 ของการป่วย เป็นต้นไป ค่ารักษาพยาบาลของนักเรียนทั้งหมด จะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ปกครองในทุกกรณี โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในทุกกรณีก่อนรับนักเรียนออกจากสถานพยาบาล

8. กรณีนักเรียนเจ็บป่วย แพทย์มีความเห็นว่าต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน นักเรียนต้องอยู่ในความดูแลของผู้ปกครองตลอดระยะเวลาที่นักเรียนนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล บุคลากรทางค่ายไม่สามารถดูแลนักเรียนที่เจ็บป่วยและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ค่ารักษาพยาบาลของนักเรียนทั้งหมด จะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ปกครองในทุกกรณี โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลดังกล่าวก่อนรับนักเรียนออกจากสถานพยาบาล

9. ** ทางค่าย สงวนสิทธิ์ในการคืนเงินในทุกกรณี**

**** หมายเหตุ ****

- หากลูกของท่านป่วยระหว่างเข้าแคมป์ ทางโรงเรียนจะไม่คืนเงินค่าเรียน ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น
- ทางโรงเรียนจะไม่คืนเงินค่าเรียน ในกรณีที่นักเรียนไม่สามารถอยู่ครบ ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น
- นักเรียนทุกคนไม่ควรนำของส่วนตัวมีค่าทุกประเภทมาเข้าค่าย หากเกิดการสูญหายทางโรงเรียนฯ จะไม่รับผิดชอบ

**** การเดินทางโปรดระบุ ** ผู้ปกครองกรุณาแจ้งความประสงค์จอร์ถนักเรียน สำหรับบุตร-หลานของท่าน ****

- | | |
|---------------------------------------|--|
| - Camp A วันเปิดค่าย (17 มีนาคม 2567) | Camp B วันเปิดค่าย (16 เมษายน 2567) |
| ○ เดินทางไปกับรถโรงเรียนฯ | ○ เดินทางไปเอง (ผู้ปกครองส่งเองที่เขาใหญ่) |
| - Camp A วันปิดค่าย (6 เมษายน 2567) | Camp B วันปิดค่าย (4 พฤษภาคม 2567) |
| ○ เดินทางกลับกับรถโรงเรียนฯ | ○ เดินทางกลับเอง (ผู้ปกครองรับเองที่เขาใหญ่) |

ผู้ปกครอง _____ (ผู้ให้ความยินยอม)

(_____)

วันที่ _____ / _____ / _____