



SUON
Academy

35 Heavitree Drive, Toronto, ON. Canada M3L 1K5

Tel:(416)255-8808 Fax: (416)259-6658

admission@suon.ca www.suon.ca

加拿大苏安高级中学入学申请表

申请人信息			
学 生 姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号码		出 生 日 期	
电子邮箱地址		现 就 读 年 级	
所 在 学 校			
移 动 电 话		家 庭 电 话	
居 住 地 址			
通 讯 地 址 (含邮政编码)			
父 亲 信 息			
姓 名		出 生 日 期	
电子邮箱地址		职 业	
移 动 电 话		家 庭 电 话	
母 亲 信 息			
姓 名		出 生 日 期	
电子邮箱地址		职 业	
移 动 电 话		家 庭 电 话	
居 住 地 址			
通 讯 地 址			



监 护 人 服 务

加拿大政府要求凡年龄在 18 周岁以下的学生必须要有监护人。我校根据此法律规定为学生提供监护人服务。

申请人是否需要监护人： 是 否

紧 急 联 系 人(父亲/母亲/监护人)

姓 名	与你的关系:	电 话	
	<input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 监护人	电子邮箱	
地 址			
通 信 联 系	成绩单/学校邮件发送给: <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 监护人		

学 业 申 请 信 息

申 请 就 读 加 拿 大 苏 安 高 级 中 学	<input type="checkbox"/> 9 年级(初三) <input type="checkbox"/> 10 年级(高一) <input type="checkbox"/> 11 年级(高二) <input type="checkbox"/> 12 年级(高三)
开 始 时 间	<input type="checkbox"/> 20__冬季(2月) <input type="checkbox"/> 20__夏季(8月) <input type="checkbox"/> 20__秋季(9月)
住 宿 申 请	<input type="checkbox"/> 学生公寓单人间 (CAD\$600+餐费 CAD\$650/月) <input type="checkbox"/> 寄宿家庭 (约 CAD\$650+餐费 CAD\$650/月)
	<p>* 开学 30 天之内提出校外住宿申请并搬离宿舍者, 予以办理退费; 逾期申请退宿, 概不退费;</p> <p>* 对于未能遵守住宿管理规定、因违纪而被责令搬出的学生, 概不退费;</p> <p>* 对于退学、转学的学生, 概不退费。</p>



健康与生活习惯调查

申请人如有任何慢性疾病等病史，或身体素质较差，在申请住宿时，必须履行告知义务。不履行告知义务者，一切后果由本人负责。

身体状况良好

有过敏史

有其他病史（请详细说明 _____。）

申请人是否有以下习惯：吸烟 是 否；喝酒 是 否；网瘾 是 否；
染发 是 否。

声 明

- 我已知晓苏安高级中学拒绝录取有吸烟、喝酒、网瘾、过度打游戏、染发等恶习的学生。凡此类恶习在苏安一经发现，将立即被开除学籍。
- 我同意并会遵守苏安高级中学教学及住宿管理，并理解违反校规校纪将会受到学校纪律处罚。
- 我会完全承担我在苏安高级中学学习及住宿期间的财务责任与义务。
- 我特此声明上述所有信息均为准确、真实且完整；我理解上述信息的不真实性将会导致我的申请被作废。

签 字 确 认

学生本人签字 _____

父亲/母亲签字 _____

日期（年/月/日） _____

日期（年/月/日） _____