|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Formulaire d’inscription 2024(Cours à court terme)** |
| **ISI Japanese Language School Education Center**  *8-15-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023　Japan*  *TEL : +81-3-5962-0405 　FAX : +81-3-5937-0477　 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/fr* |

Toutes les sections de ce formulaire doivent être remplies. Pour les questions à choix multiple, veuillez cocher la case correspondante. (🗹)

**Je souhaite m’inscrire au programme de cours à court terme.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom:  (Identique au passeport) | |  | | | | | | | | | | | Prénom(s) :  (Identique au passeport) | | | | | |  | | | | | | Photo d’identité  \*Veuillez envoyer votre photo d’identité numérisée par email | | |
| Adresse: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Code Postal: | | | | | |
| Tél: | | | | | |
| E-mail: | |  | | | | | | | Date de naissance: | | | | | | AAAA/ MM/ JJ/ | | | | | | | | | |  | | |
| Sexe: | | Homme  Femme | | | | | | | Nationalité: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Numéro de passeport: | |  | | | | | | | Date d’expiration: | | | | | | AAAA/ MM/ JJ/ | | | | | | | | | |
| Profession: | |  | | | | | | | Nom de société ou de l’école: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Type de visa: | | Séjour temporaire (temporary stay)　 　Visa Working Holiday　 　Visa de travail　 　Visa familial (dependent visa)  Autres( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contact d’urgence: | | Nom: | | | | | Tél: | | | | | | | | | | Relation: | | | | | | Nationalité: | | | | |
| **NIVEAU DE JAPONAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous déjà étudié le japonais? | | | | Oui　 🡪　 (Combien de temps ? 　 Année(s) 　　 Mois) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Non | | | |
| Avez-vous réussi le JLPT? | | | | Oui,　 (JLPT N )　　　　　　　　　　 Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INSCRIPTION: CHOIX D’ÉCOLE ET DE COURS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| École:  (Cours) | Tokyo-Takadanobaba（Japonais général）  Tokyo-Ikebukuro（Japonais général）  Tokyo-Shibuya（Japonais général）  Tokyo-Shibuya (Japonais des Affaires) → ☐ Option aide à l’emploi pour les détenteurs de PVT \*1  Tokyo-Harajuku (Japonais des Affaires) →  Option aide à l’emploi pour les détenteurs de PVT \*1  Tokyo-Harajuku (Cours du soir) →  Option aide à l’emploi pour les détenteurs de PVT \*2  Osaka（Japonais général）  Kyoto（Japonais général） 　　　　　　　　  Nagano（Japonais général） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Début du cursus: | | AAAA/ MM/ JJ/ | | | | | | | | | Fin du cursus: | | | | | AAAA/ MM/ JJ/ | | | | | | Durée des études: | | | | semaines | |
| Style de cours souhaité: | | | Sur place  En ligne（Cours du soir uniquement） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊１ Les étudiants détenteurs d’un PVT qui s’inscrivent pour 6 mois ou plus bénéficient d’une aide gratuite à la recherche d’emploi par un professionnel.＊２ Les étudiants du "Cours du soir" détenteurs d’un PVT bénéficient d’une aide gratuite pour la recherche d’un job à temps partiel durant leurs études et peuvent participer à des séances d’information sur des sociétés Japonaises.HÉBERGEMENT & SERVICE D’ACCUEIL À L’AÉROPORT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous besoin d’un hébergement ? | | | | |  | Oui | | | | | | | | | | | | | |  | Non | | | | | | |
| ---Si OUI, où voulez vous séjourner ? | | | | |  | Hébergement hebdomadaire (hôtel) ( simple  double) | | | | | | | | | | | | | |  | Résidence étudiante  ( simple  double  triple) | | | | | | |
|  | Guest House ( simple  double) | | | | | | | | | | | | | |  | Séjour chez l’habitant | | | | | | |
| ---Si NON, où logerez-vous？ | | | | | Hôtel　　　　　　　　　　 Chez un(e) ami(e)　　　　　　　　　　 Autre ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ---Si OUI, date d’emménagement **:** AAAA/ MM/ JJ/ | | | | | | | | | | | | | | Date de déménagement **:**  AAAA/ MM/ JJ/ | | | | | | | | | | | | | |
| Aéroport d’arrivée: | | Narita (NRT) 　　　　　　　 　Haneda (HND)　　　　　　  　Kansai (KIX) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro de vol (si le vol est réservé)**:** | | | | | | | | | | Date d’arrivée du vol **:**  AAAA/ MM/ JJ/ Heure : \_\_:\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Destination** | **Moyen de transport** | **Prix par trajet** | |  | (Tokyo) Résidence étudiante | Voiture (minivan) partagée | JPY 20,000 \*JPY 8,000 uniquement pendant les jours et heures d’emménagement désignés (voir calendrier) | |  | (Tokyo) Hébergement hebdomadaire/ Guesthouse | Taxi | JPY 31,000 | |  | (Tokyo) Séjour chez l’habitant | Voiture | JPY 32,000 | |  | (Osaka) Hébergement hebdomadaire/ Guesthouse | Taxi | JPY 31,000 | |  | (Osaka/Kyoto) Séjour chez l’habitant | Voiture | JPY 33,900 | |  | (Kyoto) École/Résidence étudiante | Taxi partagé | JPY 30,000 \* JPY 11,000 uniquement pendant les jours et heures d’emménagement désignés (voir calendrier) | |  | (Nagano) École/Résidence étudiante | Taxi partagé | JPY 33,000~ |   Souhaitez-vous une prise en charge à l’aéroport?  Non  Aller **(Sélectionnez votre destination→)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VISITES PASSÉES AU JAPON** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vous a-t-on déjà refusé l’entrée au Japon ? | | | | | | | |  | | | | Oui 🡪 (Raison : ) | | | | | | | | | | | | | |  | Non |

\* Veuillez également remplir la page suivante "Questionnaire de santé".

|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Questionnaire de santé** |
| **ISI Japanese Language School Education Center**  *12F Sumitomo Fudosan Shinjuku Grand Tower, 8-17-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-6112 Japan*  *TEL : +81-3-5962-0405 　FAX : +81-3-5937-0477　 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/fr* |

Il est important que le personnel de l’école soit au courant de votre état de santé, veuillez donc nous prévenir de tout éventuel problème de santé. Veuillez remplir le formulaire suivant en détail et prendre note que l’école ne peut ni donner de conseils médicaux ni dispenser de médicaments. Tout renseignement transmis sera traité de façon confidentielle.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Décrivez votre état de santé actuel | | | Très bon  Normal  Pas bon　 　　 Mauvais | | |
| 1. Suivez-vous actuellement un traitement pour des problèmes de santé? | | | Non  Oui | Depuis　　　 AAAA/ MM/  Nom de la maladie（　　　　　 　　　　　　 　） | |
| 1. Prenez-vous actuellement des médicaments ?   \*Y compris des médicaments en vente libre | | | Non  Oui | Date de prescription AAAA/ MM/    Produit: 　Tranquillisants　　　Somnifères  　Antiépileptiques  　Médicaments contre l’asthme  Autres (　　 　 　　　 　） | |
| 1. Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous reçu une intervention chirurgicale au cours des 5 dernières années? | | | Non  Oui | Temps passé à l’hôpital　　　　　 Ans　　 Mois  Raison (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　） | |
| 1. Avez-vous des antécédents médicaux ou maladies chroniques ?   Le cas échéant, veuillez remplir les informations suivantes en détails. | | | | | |
| 1. Tuberculose | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | État actuel  　Rétablissement complet　　Prise de médicaments | |
| 1. Troubles mentaux | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | Dépression  Anxiété  Crise de panique  Insomnie 　　 Trouble du déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)  Autres ( 　　　　　　　　　 ) | |
| 1. Allergies   (Y compris l’asthme) | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | Aliments  Médicaments  Produits chimiques  Autres（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 ） | |
| 1. Paludisme, ou autres maladies infectieuses | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | Nom de la maladie： | |
| 1. Diabète | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | Situation actuelle  　Prise de médicaments  　Auto-injection d'insuline. | |
| 1. Criseid'épilepsieiou convulsions | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | |  | |
| 1. Autres | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | État actuel  　Rétablissement complet  　Prise de médicaments | |
| 1. Contre quoi avez-vous été vacciné ? | | BCG  ROR  Polio  Rougeole  Rubéole  Diphtérie  Tétanos  Méningite　  Autre（　　　 　　　　　　 ） | | | |
| 1. Avez-vous des besoins alimentaires particuliers ? | | Non  Oui | | | Depuis　　　　　Année　　　　Mois  Détails（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  Raison : (　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ） |
| 1. Merci d'écrire toute information complémentaire que l’école devrait connaître avant votre arrivée. | | | | | |

**Je déclare par la présente signature que j’ai pris connaissance des informations ci-dessus, d’avoir lu les politiques de remboursement et d’annulation, et que les informations fournies sont vraies et correctes.**

**Signature du candidat :　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 Date : 　　　　　 　 /Année 　　/Mois 　 　/Jour**