|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Formulário de Inscrição 2024** |
| **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/pt/* |

Importante: Todas as seções devem ser preenchidas. Por favor, escreva claramente e selecione as caixas 🗹 correspondentes.

**Gostaria de me inscrever no curso de japonês de curta estadia**

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÃO DO APLICANTE** |
| Sobrenome(s):Como aparece no passaporte |  | Nome(s):Como aparece no passaporte |  | FotografiaPor favor, envie-nos a foto em formato JPEG/PNG. |
| Endereço complete: |    | Código postal: |
| Tel: |
| E-mail: |  | Data de nascimento: | AAAA/ MM/ DD/ |  |
| Sexo: | [ ]  Homem [ ]  Mulher | Nacionalidade: |  |
| N.º do passaporte: |  | Valido até: | AAAA/ MM/ DD/  |
| Profissão: |  | Empresa/Escola: |  |
| Situação do visto: | [ ]  Visto de visitante temporário　　　　[ ]  Visto de Working Holiday　　　　[ ]  Visto de emprego [ ]  Visto de dependente (estadias familiares) 　　　　　 [ ]  Outros（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　 |
| Contato de emergência: | Nome: | Tel: | Relação: | País: |
| **CONHECIMENTO DE JAPONÊS** |
| Você tem estudado japonês? | [ ]  Sim 🡪　 (Quanto tempo? 　 Ano(s) 　　 Meses) | [ ]  Não |
| Tem passado um JLPT? | [ ]  Sim　 (JLPT N )　　　　　　 [ ]  Não |
| **ESCOLA E CURSO** |
| Escola:(Curso) | [ ]  Takadanobaba, Tóquio（Japonês geral） [ ]  Ikebukuro, Tóquio（Japonês geral） [ ]  Shibuya, Tóquio（Japonês geral） [ ]  Shibuya, Tóquio (Japonês para negócios) com o Programa de Apoio \*1 para aqueles com visto Férias-Trabalho (Working Holiday) （[ ] 　SIM）[ ]  Harajuku, Tóquio (Japonês para megócios) com o Programa de Apoio \*1 para aqueles com visto Férias-Trabalho (Working Holiday) （[ ] 　SIM） [ ]  Harajuku, Tóquio (Curso Noturno) com o Programa de Apoio \*1 para aqueles com visto Férias-Trabalho (Working Holiday) （[ ] 　SIM） [ ]  Osaka（Japonês geral） [ ]  Quioto（Japonês geral） [ ]  Nagano（Japonês geral） |
| Data de início: | AAAA/ MM/ DD/  | Data de fim: | AAAA/ MM/ DD/  | Duração: |  semanas |
| Tipo de curso preferido: | [ ]  Presencial [ ]  Online （Apenas Curso Noturno） |
| \*1 As pessoas com visto de Working Holiday que se registrarem por pelo menos 6 meses serão assessoradas em sua busca de emprego por nossos orientadores de carreira especializados e poderão participar de eventos e aulas de busca de emprego..**ALOJAMENTO E RECOLHA NO AEROPORTO** |
| Precisa de alojamento conosco? | [ ]  | Sim | [ ]  | Não |
| ---Em caso afirmativo, em que tipo de acomodação você gostaria ficar? | [ ]  | Apartamento semanal  ([ ]  individual [ ]  duplo)  | [ ]  | Residência de estudantes ([ ]  individual [ ]  duplo [ ] Tripla) |
| [ ]  | *Guesthouse* ([ ]  individual [ ]  duplo) | [ ]  | *Homestay* |
| ---Se não, onde você vai ficar? | [ ]  Hotel　　　　　　　[ ] Casa de um amigo　　　　　　　[ ]  Outros(　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ---Em caso afirmativo, data de entrada**:** AAAA/ MM/ DD/  | Data de saída**:**  AAAA/ MM/ DD/  |
| Aeroporto de chegada: | [ ] 　Narita (NRT) 　　　　　　　　　　[ ]  　Haneda (HND)　　　　　　　　　 　　 [ ]  　Kansai Int’l (KIX)  |
| Número de voo (se já reservou)**:** | Chegada**:** Data AAAA/ MM/ DD/ Hora: \_\_\_:\_\_\_ |
| Precisa de serviço de recolha no aeroporto?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ] Não[ ] Ida **(selecione um→)** | **Destino** | **Método** | **Taxa só ida** |
| [ ]  | (Tóquio) Residência de estudantes | Carro compartilhado | 20,000 JPY \*Data e hora de entrada designadas: 8,000 JPY |
| [ ]  | (Tóquio) Apartamento semanal/*Guesthouse* | Taxi | 31,000 JPY |
| [ ]  | (Tóquio) *Homestay* | Carro | 32,000 JPY |
| [ ]  | (Osaka) Apartamento semanal/*Guesthouse* | Taxi | 31,000 JPY |
| [ ]  | (Osaka/Quioto) *Homestay* | Carro | 33,900 JPY |
| [ ]  | (Quioto) Escola/Residência de estudantes | Táxi compartilhado | 30,000 JPY \*Data e hora de entrada designadas 11,000 JPY |
| [ ]  | (Nagano) Escola/Residência de estudantes | Táxi compartilhado | A partir de 33,000 JPY |

 |
| **ENTRADA AO JAPÃO**  |
| Foi negado a entrar no Japão alguma vez?  | [ ]  | Sim 🡪 (Motivo: ) | [ ]  | Não |

\* Por favor, preenche a seguinte página com a Declaração do Estado da Saúde.

|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Declaração do Estado da Saúde** |
| **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/pt/* |

Use este formulário de declaração para fornecer informações sobre o seu estado de saúde atual.
Para que todos os alunos estejam saudáveis é importante que os membros do corpo docente sejam conscientes do seu estado de saúde, então preenche os seguintes campos em detalhe.

Por favor, note que não oferecemos consultas médicas ou medicamentos na escola. Esta declaração será guardada confidencialmente.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Qual é o seu estado de saúde atual?
 | [ ]  Muito bom [ ]  Normal [ ]  Não muito bom [ ]  Mau |
| 1. Está atualmente sob tratamento devido a um problema de saúde?
 | [ ]  Não[ ]  Sim  | Desde Ano/ Mês/ 　 Nome da doença (　　　　　　　　　　　　 　 　） |
| 1. Está atualmente tomando algum medicamento?\*Incluindo medicamentos sem prescrição médica
 | [ ]  Não[ ]  Sim  | Data de prescrição: Ano/ Mês/ Medicação: [ ] 　Sedativo　　 [ ] 　Pílulas para dormir[ ]  Medicamento antiepliéptico [ ]  Medicamento para asma [ ]  Outros:（　　 　 　　　　　　　 　） |
| 1. Sofreu uma cirurgia ou foi hospitalizado nos últimos 5 anos?
 | [ ]  Não[ ]  Sim  | Data: Ano/ Mês/ 　Motivo（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. Tem antecedentes de doenças ou doenças crónicas?

Em caso afirmativo, por favor, escolha a opção apropriada abaixo e preenche os detalhes. |
| 1. Tuberculose
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | Estado atual[ ] 　Recuperado/a　 [ ] 　Com medicação |
| 1. Transtorno mental
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | [ ]  Depressão [ ]  Ansiedade [ ]  Transtorno de pânico [ ]  Insônia [ ]  Trastorno de déficit de atenção com hiperatividade（TDAH) [ ]  Outros ( 　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 1. Alergias, incluindo asma
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | [ ]  Alimentos [ ]  Medicamentos [ ]  Produtos químicos [ ]  Outros（　　　　　　　　　　 　　 　 　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Malária ou outra doença contagiosa
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | Nome: |
| 1. Diabetes
 | [ ]  Não[ ]  Sim | InícioAno/ Mês/  | Situação atual[ ] 　Tomando medicamentos　　[ ] 　Auto-injeção de insulina |
| 1. Ataques epilépticos ou convulsivos
 | [ ]  Não[ ]  Sim | InícioAno/ Mês/  |  |
| 1. Outras
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | Estado atual[ ]  Recuperado/a　 [ ]  Com medicação |
| 1. Tem um histórico de vacinação?
 | [ ]  Tuberculose [ ]  Tríplice viral [ ]  Poliomielite [ ]  Sarampo [ ]  Rubeóla [ ]  Difteria [ ]  Tétano [ ]  Meningite　 [ ]  Outras（　　　 ） |
| 1. Necessidades especiais de tratamento dietético ou restrições dietéticas
 | [ ]  Não [ ]  Sim | Desde: Ano/ Mês/ Detalhes（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）Motivo（　　　　　　　　　　　　　　 ）　 |
| 1. Por favor, escreva todas as informações relacionadas à saúde que a escola deve saber antecipadamente.

  |

**Declaro que entendo que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e corretas e confirmo que li as Políticas de Cancelamento e Reembolso.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assinatura do interessado:** |  |  | **Data:** | **AAAA/ MM/ DD/**  |