|  |  |
| --- | --- |
| 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 | | | | |  | | | | | | | Fotografia  Por 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 | Início Ano/ Mês/ | | Situação atual  　Tomando medicamentos  　Auto-injeção de insulina | | |
| 1. Ataques epilépticos ou convulsivos | Não  Sim | Início Ano/ 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/** |