|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Formulaire d’inscription 2025(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-Shinjuku（Japonais général） [ ]  Tokyo-Ikebukuro（Japonais général） [ ]  Tokyo-Shibuya（Japonais général） \*1[ ]  Tokyo-Takadanobaba（Japonais général）\*1 [ ]  Osaka（Japonais général） [ ]  Kyoto（Japonais général） [ ]  Nagano（Japonais général） |
| [ ]  Tokyo-Shibuya (Japonais des Affaires) → ☐ Option aide à l’emploi pour les détenteurs de PVT \*2[ ]  Tokyo-Takadanobaba (Japonais des Affaires) → [ ]  Option aide à l’emploi pour les détenteurs de PVT \*2 |
| [ ]  Tokyo-Shibuya (Cours du soir) → [ ]  Option aide à l’emploi pour les détenteurs de PVT \*3 |
| 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 Le programme à court terme de japonais général des écoles de Shibuya et de Takadanobaba est réservé aux apprenants débutants. La durée minimale d'inscription est de 4 semaines pour le programme de japonais des affaires et de 2 semaines pour le programme de japonais général.＊2 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. ＊3 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 ([ ] simple [ ] double / [ ] fumeur [ ] non-fumeur [ ] pas de préférence) |
| [ ]  Résidence étudiante ([ ]  simple [ ]  double [ ]  triple [ ]  quadruple \*triple, quadruple uniquement disponible à Nagano)  |
| [ ]  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 41,000~ \*JPY 23,000 uniquement pendant les jours et heures d’emménagement désignés (voir calendrier) |
| [ ]  | (Tokyo/Osaka) Hébergement hebdomadaire/ Guesthouse | Taxi | JPY 41,000~  |
| [ ]  | (Tokyo/Osaka/ Kyoto) Séjour chez l’habitant | Voiture  | JPY 41,000~ |
| [ ]  | (Kyoto) Résidence étudiante  | Voiture | JPY 40,000~  |
| [ ]  | (Nagano) École/Résidence étudiante  | Voiture/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 |

**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**

 \* 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　　　　MoisDétails（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）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**