

## USAEDU学校申请信息表

基本信息			
中文姓名 需与护照一致		英文姓名 需与护照一致	
别名/曾用名		出生日期	年    月    日
性 别		护照号码	
国 籍		出生的城市	
联系电话		e-mail	
家庭地址			
通讯地址			

申请学校信息				
目前就读年级		申请年级		
申请学期	_____年 <input type="checkbox"/> 春季 <input type="checkbox"/> 秋季	Skype ID		
申请学校	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____			
英文水平	在学校学英语多久了? _____ 年 _____ 月 每周课时 _____ 是否在讲英语的国家学过英语: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: 时间: _____ 课程内容: _____ 目前整体英语水平: <input type="checkbox"/> 精通 <input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 困难			
英语测试成绩	TOEFL	_____分 考试时间 _____	TOEFL.J	_____分 考试时间 _____
	SSAT	_____分 考试时间 _____	SAT	_____分 考试时间 _____
	SLEP	_____分 考试时间 _____	Others_____	_____分 考试时间 _____
其他注记事项				

家庭成员资料

家庭成员资料				
父亲	姓名		出生日期	
	国籍		出生城市	
	手机号码		e-mail	
	通讯地址			
	公司名称			
	公司地址			
	职业别		职 称	
	工作电话		公司网站	
母亲	姓名		出生日期	
	国籍		出生城市	
	手机号码		e-mail	
	通讯地址			
	公司名称			
	公司地址			
	职业别		职 称	
	工作电话		公司网站	
兄弟姐妹	姓名		关 系	
	出生日期		职 业	
	姓名		关 系	
	出生日期		职 业	
	姓名		关 系	
	出生日期		职 业	

### 学生教育背景

小学	学校名称			
	学校地址			
	学校性质	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	就读日期	自____年____月 至____年____月
	学校名称			
	学校地址			
	学校性质	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	就读日期	自____年____月 至____年____月

中学	学校名称	<input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中		
	学校地址			
	学校性质	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	就读日期	自____年____月 至____年____月
	学校名称	<input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中		
	学校地址			
	学校性质	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	就读日期	自____年____月 至____年____月
	学校名称	<input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中		
	学校地址			
学校性质	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立	就读日期	自____年____月 至____年____月	

#### 推荐老师信息（目前就读学校老师信息）

班主任	老师姓名：_____ 联系电话：_____
	教授科目：_____ 教授期间：自____年级 至____年级
	浮现在脑海中描述这名学生时的第一句话是什么？_____
	就学生的有关能力来评估她或他的整体表现：_____
	_____
	请描述学生的独特的优势：_____
	请描述学生的独特的弱点：_____
其他特别说明事项：_____	

<p>数学老师</p>	<p>老师姓名：_____ 联系电话：_____</p> <p>教授科目：_____ 教授期间：自_____ 年级 至_____ 年级</p> <p>浮现在脑海中描述这名学生时的第一句话是什么？_____</p> <p>就学生的有关能力来评估她或他的整体表现：_____</p> <p>_____</p> <p>请描述学生的独特的优势：_____</p> <p>请描述学生的独特的弱点：_____</p> <p>其他特别说明事项：_____</p>
<p>英语老师</p>	<p>老师姓名：_____ 联系电话：_____</p> <p>教授科目：_____ 教授期间：自_____ 年级 至_____ 年级</p> <p>浮现在脑海中描述这名学生时的第一句话是什么？_____</p> <p>就学生的有关能力来评估她或他的整体表现：_____</p> <p>_____</p> <p>请描述学生的独特的优势：_____</p> <p>请描述学生的独特的弱点：_____</p> <p>其他特别说明事项：_____</p>
<p>_____老师</p>	<p>老师姓名：_____ 联系电话：_____</p> <p>教授科目：_____ 教授期间：自_____ 年级 至_____ 年级</p> <p>浮现在脑海中描述这名学生时的第一句话是什么？_____</p> <p>就学生的有关能力来评估她或他的整体表现：_____</p> <p>_____</p> <p>请描述学生的独特的优势：_____</p> <p>请描述学生的独特的弱点：_____</p> <p>其他特别说明事项：_____</p>
<p>_____老师</p>	<p>老师姓名：_____ 联系电话：_____</p> <p>教授科目：_____ 教授期间：自_____ 年级 至_____ 年级</p> <p>浮现在脑海中描述这名学生时的第一句话是什么？_____</p> <p>就学生的有关能力来评估她或他的整体表现：_____</p> <p>_____</p> <p>请描述学生的独特的优势：_____</p> <p>请描述学生的独特的弱点：_____</p> <p>其他特别说明事项：_____</p>

**学生其他信息**

宗教信仰: \_\_\_\_\_

是否去过美国?             否    是            时间: \_\_\_\_\_ 目的: \_\_\_\_\_ 签证类型: \_\_\_\_\_  
 时间: \_\_\_\_\_ 目的: \_\_\_\_\_ 签证类型: \_\_\_\_\_

你曾在国外居住或出国旅游吗?  否    是:  
 国家: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_ 目的: \_\_\_\_\_  
 国家: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_ 目的: \_\_\_\_\_  
 国家: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_ 目的: \_\_\_\_\_  
 国家: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_ 目的: \_\_\_\_\_

你有宠物吗?  否    是: \_\_\_\_\_            你是素食主义者?    否    是

你有参加过国际交流项目吗?    否    是:            国家: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_ 目的: \_\_\_\_\_  
 国家: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_ 目的: \_\_\_\_\_

平时是否经常参加社区服务?    否    是:  
 名称: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_  
 名称: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_  
 名称: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_

饮食习惯:  完全不偏食    除了: \_\_\_\_\_ 都可以

最喜欢科目: \_\_\_\_\_ 原因: \_\_\_\_\_

你的优点: \_\_\_\_\_            你的缺点: \_\_\_\_\_

请简单形容你的性格:    友善    害羞    风趣    严肃    外向    保守    其他 \_\_\_\_\_

你的老师和朋友用哪三个形容词描述你:

你是否做过以下事情: (做过的请打勾)

- |                                    |                                  |                                    |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 为自己准备了一顿饭 | <input type="checkbox"/> 洗自己的衣服  | <input type="checkbox"/> 为家人准备了一顿饭 |
| <input type="checkbox"/> 清理浴室      | <input type="checkbox"/> 打扫自己的卧室 | <input type="checkbox"/> 清理车子      |

兴趣 与 爱好	运动	<input type="checkbox"/> 足球 <input type="checkbox"/> 棒球 <input type="checkbox"/> 篮球 <input type="checkbox"/> 田径 <input type="checkbox"/> 滑雪 <input type="checkbox"/> 保龄球 <input type="checkbox"/> 高尔夫球 <input type="checkbox"/> 羽毛球 <input type="checkbox"/> 排球 <input type="checkbox"/> 足球 <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> 游泳 <input type="checkbox"/> 网球 <input type="checkbox"/> 骑马 <input type="checkbox"/> 跆拳道 <input type="checkbox"/> 功夫 <input type="checkbox"/> 钓鱼 <input type="checkbox"/> 曲棍球 <input type="checkbox"/> 远足 <input type="checkbox"/> 露营 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	音乐	<input type="checkbox"/> 合唱团 <input type="checkbox"/> 声乐 <input type="checkbox"/> 钢琴 <input type="checkbox"/> 小提琴 <input type="checkbox"/> 大提琴 <input type="checkbox"/> 中提琴 <input type="checkbox"/> 单簧管 <input type="checkbox"/> 长笛 <input type="checkbox"/> 双簧管 <input type="checkbox"/> 竖琴 <input type="checkbox"/> 萨克斯 <input type="checkbox"/> 吉他 <input type="checkbox"/> 长号 <input type="checkbox"/> 鼓 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	艺术	<input type="checkbox"/> 绘画 <input type="checkbox"/> 油画 <input type="checkbox"/> 工艺品 <input type="checkbox"/> 舞蹈 <input type="checkbox"/> 摄影 <input type="checkbox"/> 烹饪 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	其他	

### 获奖记录

时间	获奖名称	描述

请用150-300个字回答以下问题

你未来的理想是什么? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

你面临过的最大挑战是什么？并说明处理方式？ \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

解释曾经对你的生活和思考方式产生很大影响的一件事？ \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

请描述一个你很崇拜的并给你留下深刻影响的人？ \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

你喜欢的杂志或书籍并说明原因？ \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

人生中最美好的和值得纪念的一件事? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

描述对你最有意义的经历和成就? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

描述家长对你赴美国留学的期许是什么? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---



## 学生健康信息

你曾经有过严重的伤害，疾病或残疾？  否  是：时间： \_\_\_\_\_  
 性质： \_\_\_\_\_  
 目前状况： \_\_\_\_\_

你有没有接受过辅导或心理/精神科评估或治疗？  否  是：时间： \_\_\_\_\_  
 性质： \_\_\_\_\_  
 目前状况： \_\_\_\_\_

你是否有住过院？  否  是：时间： \_\_\_\_\_ 原因： \_\_\_\_\_  
 时间： \_\_\_\_\_ 原因： \_\_\_\_\_  
 时间： \_\_\_\_\_ 原因： \_\_\_\_\_

你是否目前有定期（长期）服用药物？  否  是：药物名称： \_\_\_\_\_  
 原因： \_\_\_\_\_

你是否在过去五年中身体活动受到限制？  否  是：时间： \_\_\_\_\_ 原因： \_\_\_\_\_  
 时间： \_\_\_\_\_ 原因： \_\_\_\_\_

你是否在学校学习或老师相处方面有困难？  否  是： \_\_\_\_\_

你是否有以下病史：	过敏 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	饮食失调症 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	麻疹 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	皮肤疾病 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	盲肠炎 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	遗尿症 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	腮腺炎 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	猩红热 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	盲肠去除 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	经常头痛 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	月经失调 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	癫痫 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	哮喘 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	肝炎 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	寄生虫 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	睡眠障碍 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	呼吸系统疾病 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	甲状腺肿大 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	肺炎 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	肺结核 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	矫形外科条件 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	疝 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	风湿热 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	眩晕 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	糖尿病 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	疟疾 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	德国麻疹 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	视力障碍 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____

你是否有以下身体器官或功能的障碍：	消化系统 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	耳朵，听力 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	肺 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	鼻，喉 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	骨，关节 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	月经周期 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	泌尿生殖系统 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	运动系统 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	脑，神经系统 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	心脏，血管 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	皮肤 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	静脉曲张 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	内分泌系统 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	头发/头皮 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	牙齿和牙龈 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	淋巴腺 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	腹部 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	四肢 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____
	神经肌肉系统 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____	脊柱 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：时间： _____