|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Formulaire d’inscription 2026(Cours à court terme)** |
| **ISI Japanese Language School Education Center***〒160-6112 12e étage, Sumitomo Fudosan Shinjuku Grand Tower, 8-17-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo**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　 [x] 　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-Principal de Shinjuku（Japonais général） [ ]  Tokyo-Prime de Shinjuku（Japonais général） [ ]  Tokyo-Ikebukuro（Japonais général） [ ]  Tokyo-ShibuyaHarajuku（Japonais général） [ ]  Tokyo-Takadanobaba, Filière Carrière（Japonais général）　　 [ ]  Tokyo-Takadanobaba, Filière Académique（Japonais général）[ ]  Osaka（Japonais général） 　 [ ]  Kyoto（Japonais général）　 [ ]  Nagano（Japonais général） |
| [ ]  Tokyo-ShibuyaHarajuku (Japonais des Affaires) → ☐ Option aide à l’emploi pour les détenteurs de PVT \*2[ ]  Tokyo-Takadanobaba, Filière Carrière (Japonais des Affaires) → [ ]  Option aide à l’emploi pour les détenteurs de PVT \*2 |
| [ ]  Tokyo-ShibuyaHarajuku (Cours du soir) \*1 → [ ]  Option aide à l’emploi pour les détenteurs de PVT \*2 |
| 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） |
| Objectif d’apprentissage： | [x] Poursuite d’études　　　[ ] Recherche d’emploi au Japon　　　[ ] Recherche d’emploi dans son pays d’origine　　　[ ] Réussir l’examen du JLPT　　　[ ] Autre（　　　　　　　　　　　　　） |
| ＊1La durée minimale d’inscription est de 2 semaines. Pour les cours du soir à l’école de Shibuya-Harajuku, la durée minimale est de 4 semaines.\*2 Les prestations suivantes sont réservées aux personnes venues au Japon dans le cadre du programme vacances-travail (W.H) ou aux résidents de moyen ou long terme suivant un cours d’au moins 6 mois (20 semaines).Les étudiants du programme de Japonais des affaires court-terme peuvent bénéficier gratuitement d’un accompagnement à l’emploi par un conseiller carrière dédié.Les étudiants du programme de cours du soir  peuvent profiter d’un service d’aide pour trouver un emploi à temps partiel, ainsi que d’un soutien pour participer à des ateliers et à des présentations d’entreprises organisés en dehors des cours.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 séjour chez l’habitant, veuillez également fournir le formulaire de demande de séjour en famille d’accueil |
| ---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→)**※Uniquement réservé à ceux ayant fait une demande d’hébergement avec ISI。 |
| **VISITES PASSÉES AU JAPON**  |
| Vous a-t-on déjà refusé l’entrée au Japon ?  | [ ]  | Oui 🡪 (Raison : ) | [ ]  | Non |

**Je confirme que les informations ci-dessus sont correctes et véridiques donc je signe ce document. J’ai lu, compris et j’accepte les termes et conditions du Manuel d'ISI Japanese Language School (Inscription, Cours, Admission, Paiements, Politique d’Annulation/Remboursement, Clauses de non-responsabilité, etc.).**

**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***〒160-6112 12e étage, Sumitomo Fudosan Shinjuku Grand Tower, 8-17-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo**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. Les informations contenues dans ce formulaire seront traitées de manière 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　 [ ] 　Médicaments pour hormonothérapie liés à l’identité de genre (GID)[ ] 　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 ?

\* Si vous avez coché "Oui" aux points (1) à (7), veuillez fournir plus de détails au point 8. |
| 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) [ ]  Autisme[ ]  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. Si l’école doit savoir quelque chose à l’avance (par exemple, des besoins particuliers comme l’utilisation d’un fauteuil roulant), veuillez l’indiquer. ※ Si vous avez coché "Oui" aux points (1) à (7), merci de fournir plus de détails.
 |

**Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes et véridiques, donc je signe ce document. J’ai lu, compris et j’accepte les termes et conditions du Manuel d'ISI Japanese Language School (Inscription, Cours, Admission, Paiements, Politique d’Annulation/Remboursement, Clauses de non-responsabilité, etc.).**

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