



PLEASE FILL IN BLOCK CAPITALS

PR Number:  P  R

Title : Rev. | Dr. | Mr. | Mrs. | Miss. | Ms. | Mas.

Name with initial(s)

Full name:

Address:

Telephone: 

R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Date of birth: 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D	M	M	Y	Y

 Sex: **M** **F** (Circle the appropriate)  
NIC or PP:

E – mail:

School name:

**What level of education have you completed? (Tick one box only)**

- Secondary up to 16 years       Secondary 16 - 19 years       Diploma       Degree or equivalent  
 Post-graduate       Other (s)

**How did you know about Headway English classes?**

- Friends / Relatives       Seminar/Presentations       News Paper/Magazine       Internet  
 Leaflets / Handouts       Hoarding / Banner       Other (s)

**What is / was your stream of study in your Upper Secondary Level? (Tick one box only)**

- Science       Mathematics       Commerce       Arts       ICT       Other

**Occupation sector (Tick one box only)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administrative Services        | <input type="checkbox"/> Agriculture, Fishing, Forestry, Mining | <input type="checkbox"/> Arts and Entertainment       |
| <input type="checkbox"/> Banking and Finance            | <input type="checkbox"/> Catering & Leisure                     | <input type="checkbox"/> Construction Industries      |
| <input type="checkbox"/> Education                      | <input type="checkbox"/> Health & Social Service                | <input type="checkbox"/> Maintenance & Repair Service |
| <input type="checkbox"/> Retail Trade                   | <input type="checkbox"/> Technical & Scientific                 | <input type="checkbox"/> Telecommunication & Media    |
| <input type="checkbox"/> Transport                      | <input type="checkbox"/> Wholesale Trade                        | <input type="checkbox"/> Personal Service             |
| <input type="checkbox"/> Other (s) <input type="text"/> |   |   |

**Occupational level (Tick one box only)**

- Self-employed       Employer/Partner       Employee (Middle or Junior Level)       Employee (Senior Level)  
 Worker in the home       Retired       Student       Other (s)

Name of the department/Organization:

[Turn off]

**Why did you choose Headway as your Language Solution Provider? (You can tick (✓) any number of boxes)**

உங்கள் ஆங்கில மொழி ஆற்றலை விருத்தி செய்ய ஏன் Headwayயைத் தெரிவுசெய்தீர்கள்? (பொருத்தமானவற்றைத் தெரிவு செய்யலாம்)

- Standard of teaching தரமான கற்பித்தல்
- Courses are well recognized அங்கீகரிக்கப்பட்ட கற்கை நெறிகள்
- Well recognized certificates and/or Cambridge certificates அங்கீகரிக்கப்பட்ட சான்றிதழ்கள் மற்றும் Cambridge சர்வதேச சான்றிதழ்கள்
- Good Headway Experience shared by your friends உங்கள் நண்பனுக்கு Headwayல் கிடைத்த சிறந்ததொரு அனுபவத்தை நீங்களும் பெற்றுக்கொள்ள வேண்டும் என்பதற்காக
- Resource persons (Teachers) சிறந்த ஆசிரியர்கள்
- The learning environment சிறந்த கல்விச் சூழல்
- Student centered teaching methodology மாணவர்களை மையப்படுத்தியதான கற்பித்தல் முறைமை
- Other (s) வேறு ஏதாவது காரணங்கள் இருப்பின்

**I certify that the information on this form is complete, true and accurate**

**Signature:**

**Date**

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

**For office use only**

Admission number: 

S	T	U							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Course applied for: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Admission date: 

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Officer's initials: 

--	--	--	--

Placement Test: 

B		E		P		I	
---	--	---	--	---	--	---	--

Score: 

--	--	--	--

**Interview Comments:**

--



**PLEASE FILL IN BLOCK CAPITALS**

PR Number:  P  R

Title : Dr. | Mr. | Mrs. | Miss. | Ms. | Mas.

Name with initial(s)

Full name:

Address:

Date of birth:       Sex:  **F**  **M** (Circle the appropriate)

School name:

**Parent's/Guardian's details:**

Telephone:  R

O

E - mail:

**How did you know about Headway English classes?**

- |  |   |  |                                   |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Friends / Relatives | <input type="checkbox"/> Seminar/Presentations          | <input type="checkbox"/> News Paper/Magazine | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Leaflets / Handouts | <input type="checkbox"/> Other (s) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Hoarding / Banner   |                                   |

**Occupation sector (Tick one box only)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administrative Services        | <input type="checkbox"/> Agriculture, Fishing, Forestry, Mining | <input type="checkbox"/> Arts and Entertainment       |
| <input type="checkbox"/> Banking and Finance            | <input type="checkbox"/> Catering & Leisure                     | <input type="checkbox"/> Construction Industries      |
| <input type="checkbox"/> Education                      | <input type="checkbox"/> Health & Social Service                | <input type="checkbox"/> Maintenance & Repair Service |
| <input type="checkbox"/> Retail Trade                   | <input type="checkbox"/> Technical & Scientific                 | <input type="checkbox"/> Telecommunication & Media    |
| <input type="checkbox"/> Transport                      | <input type="checkbox"/> Wholesale Trade                        | <input type="checkbox"/> Personal Service             |
| <input type="checkbox"/> Other (s) <input type="text"/> |   |   |

**Occupational level (Tick one box only)**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Self-employed      | <input type="checkbox"/> Employer/Partner | <input type="checkbox"/> Employee (Middle or Junior Level) | <input type="checkbox"/> Employee (Senior Level)        |
| <input type="checkbox"/> Worker in the home | <input type="checkbox"/> Retired          | <input type="checkbox"/> Student                           | <input type="checkbox"/> Other (s) <input type="text"/> |

Name of the department/Organization:

**Why did you choose Headway as your Language Solution Provider? (You can tic (✓) any number of boxes)**

உங்கள் ஆங்கில மொழி ஆற்றலை விருத்தி செய்ய ஏன் Headwayயைத் தெரிவுசெய்தீர்கள்? (பொருத்தமானவற்றைத் தெரிவு செய்யலாம்)

- Standard of teaching தரமான கற்பித்தல்
- Courses are well recognized அங்கீகரிக்கப்பட்ட கற்கை நெறிகள்
- Well recognized certificates and/or Cambridge certificates அங்கீகரிக்கப்பட்ட சான்றிதழ்கள் மற்றும் Cambridge சர்வதேச சான்றிதழ்கள்
- Good Headway Experience shared by your friends உங்கள் நண்பனுக்கு Headwayல் கிடைத்த சிறந்ததொரு அனுபவத்தை நீங்களும் பெற்றுக்கொள்ள வேண்டும் என்பதற்காக
- Resource persons (Teachers) சிறந்த ஆசிரியர்கள்
- The learning environment சிறந்த கல்விச் சூழல்
- Student centered teaching methodology மாணவர்களை மையப்படுத்தியதான கற்பித்தல் முறைமை
- Other (s) வேறு ஏதாவது காரணங்கள் இருப்பின்

**I certify that the information on this form is complete, true and accurate**

**Signature:**

**Date**

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

**For office use only**

Admission number: 

S	T	U							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Course applied for: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Admission date: 

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Officer's initials:

Placement Test: 

B		E		P		I		LG	
---	--	---	--	---	--	---	--	----	--

Score:

**Interview Comments:**