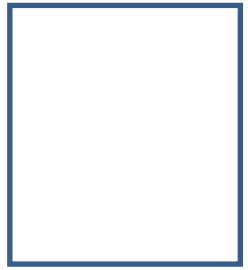


REGISTRATION FORM



CLASS: _____ SCHOOL YEAR _____ TERM _____

<p>Student's Name: _____</p> <p>Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female</p> <p>Date of Birth: DD/MM/YY _____</p> <p>CPR No.: _____</p> <p>Nationality: _____</p> <p>Passport No.: _____</p> <p>Religion: _____</p> <p>Child number in family: _____</p> <p>Address: House/flat _____</p> <p>Building _____</p> <p>Road _____ Block _____</p> <p>Area _____</p>	<p>اسم الطالب: _____</p> <p>النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p> <p>تاريخ الميلاد: / / _____</p> <p>رقم البطاقة السكانية: _____</p> <p>الجنسية: _____</p> <p>رقم الجواز: _____</p> <p>الديانة: _____</p> <p>ترتيب الطفل في العائلة: _____</p> <p>العنوان: منزل/شقة _____ مبنى _____</p> <p>طريق _____ مجمع _____ المنطقة _____</p>
<p>Father/Guardian Information</p> <p>Name: _____</p> <p>Address: House/flat _____</p> <p>Building _____</p> <p>Road _____ Block _____</p> <p>Father's Occupation: _____</p> <p>Father's Business Address: _____</p> <p>Contact Numbers: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Email Address: _____</p> <p>_____</p>	<p>بيانات الأب/ولي الأمر</p> <p>اسم: _____</p> <p>العنوان: منزل/شقة _____ مبنى _____</p> <p>طريق _____ مجمع _____</p> <p>الوظيفة: _____</p> <p>عنوان العمل: _____</p> <p>أرقام الاتصال: _____</p> <p>_____</p> <p>بريد إلكتروني: _____</p>
<p>Mother/Guardian Information</p> <p>Name: _____</p> <p>Address: House/flat _____</p> <p>Building _____</p> <p>Road _____ Block _____</p> <p>Mother's Occupation: _____</p> <p>Mother's Business Address: _____</p> <p>Contact Numbers: _____</p> <p>_____</p>	<p>بيانات الأم/ولي الأمر</p> <p>اسم: _____</p> <p>العنوان: منزل/شقة _____ مبنى _____</p> <p>طريق _____ مجمع _____</p> <p>الوظيفة: _____</p> <p>عنوان العمل: _____</p> <p>أرقام الاتصال: _____</p> <p>_____</p> <p>بريد إلكتروني: _____</p>

<p>_____</p> <p>Email Address: _____</p>	
<p>Emergency contacts in the absence of parents</p> <p>Name: _____</p> <p>Relation: _____</p> <p>Contacts: _____</p>	<p>في حال غياب الأهل يمكننا الاتصال</p> <p>الاسم: _____</p> <p>صلة القرابة: _____</p> <p>رقم الهاتف: _____</p>
<p>Did your child join other nurseries? If yes, please specify the reason of discontinuing.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>هل التحق طفلك بحضانة في السابق؟ في حال نعم، نرجو ذكر سبب عدم الاستمرار بها.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Any social, emotional, physical and/or cognitive remarks?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ملحوظات تخص النواحي الاجتماعية، العاطفية، البدنية و/أو المعرفية:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>How would you like us to call your child?</p> <p>_____</p>	<p>الاسم المفضل لطفلك</p> <p>_____</p>
<p style="text-align: center;">This section should be completed by your <i>Family Doctor</i></p> <p>History of major health problems during or after birth</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Family History</p> <p>_____</p> <p>Allergies:</p> <p><input type="checkbox"/> Milk Products</p> <p><input type="checkbox"/> Food</p> <p><input type="checkbox"/> Weather</p> <p><input type="checkbox"/> Dust</p> <p>Other, please specify _____</p> <p>_____</p> <p>Weight upon birth _____ Height upon birth _____</p> <p>_____</p> <p>History of disease led to hospitalization</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Chronic Disease</p> <p>_____</p> <p>Medical History of</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> G6pd</p> <p><input type="checkbox"/> Frequent Nose Bleeding</p> <p><input type="checkbox"/> BONE/Muscular Disease</p> <p><input type="checkbox"/> Sickle Cell TH</p> <p>Other, please specify _____</p> <p>_____</p> <p>Any further medical information,</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Signature/Stamp: _____</p>	

Current weight _____ Current height _____ _____	
Doctor's Name: _____	
Documents required upon registration and before admission: <ol style="list-style-type: none"> 1. Completed registration form 2. CPR and passport copies 3. Birth certificate and vaccination record 4. 6 Recent passport size photographs 5. CPR copy of parents 	المستندات المطلوبة عند التسجيل واجب تقديمها قبل القبول <ol style="list-style-type: none"> 1- ملء استمارة التسجيل 2- صورة من البطاقة السكانية وجواز السفر 3- صورة من شهادة الميلاد وجدول التطعيمات 4- 6 صور حديثة حجم صور جواز السفر 5- صورة من البطاقة السكانية للأب والأم
Authorized persons to pick up your child. Please provide their CPR copy: _____ _____	Signature: _____ Date: _____

- Parents are required to keep us informed of any changes to personal circumstances that may affect upon their children e.g. change of address, phone number, doctor, emergency contact.
- The above information will be kept confidential at all times.