

Adaptation Time



Photo

Registration for Academic Year _____

CHILD'S INFO

Full Name	_____		
	(First)	(Father)	(Family)
إسم الطفل (ة) الثلاثي	_____		
	(الشهرة)	(إسم الأب)	(الإسم)
Birth	_____		
	(Place)	(Date)	
Civil Status	_____		
	(Nationality)	(Religion)	(Rite)
Residence per ID card	_____		
	(City/Village)	(Register Number)	(Mouhafazat) (Kadaa')
Home Address	_____		
	(Building)	(Street)	(Area) (Phone #)
Pediatrician	_____		
	(Name)	(Address)	(Phone #)
Allergies	_____		
Medical History	_____		
Current Treatment	_____		
Precautions to Take	_____		

FAMILY INFO

Father	_____		
	(Date of Birth)	(Mobile)	(E-mail address)
	(Profession)	(Office Phone #)	
Mother	_____		
	(First Name)	(Maiden Name)	
	(Date of Birth)	(Mobile)	(E-mail address)
	(Profession)	(Office Phone #)	
Brothers/Sisters	_____		
	(Name)	(Date of Birth)	(School) (Class)
	(Name)	(Date of Birth)	(School) (Class)
	(Name)	(Date of Birth)	(School) (Class)
Person to Contact in Case of Emergency	_____		
	(Full Name)	(Mobile)	(Relation to Child)

I, the undersigned, certify that the above information is accurate, and I assume full responsibility in case I had an oversight or missed any useful information relating to my child and to his/her health.

Date of Registration

Parent's Signature

Administration's Approval



Photo
صورة شمسيّة

قسمة إنتساب للسنة الدراسية

الطفل

..... (الإسم)	..... (إسم الأب)	..... (الشهرة)	إسم الطفل الثلاثي
..... (المحل)	..... (التاريخ)		الولادة
..... (الطائفة)	..... (المذهب)	..... (الجنسية)	الوضع المدني
..... (البلدة)	..... (رقم السجل)	..... (المحافظة)	الإقامة بحسب الهوية
..... (البنية)	..... (الشارع)	..... (المنطقة)	عنوان السكن الحالي
..... (الإسم)	..... (العنوان)	..... (رقم الهاتف)	طبيب(ة) الأطفال
<input type="checkbox"/> العربية	<input type="checkbox"/> الانكليزية	<input type="checkbox"/> الفرنسية	اللغة المحكاة في المنزل
غيرها _____			
			الحساسيات
			التاريخ الطبي
			العلاج الحالي
			التدابير الوقائية

العائلة

الإسم والشهرة قبل الزواج	تاريخ الولادة	الخليوي	البريد الإلكتروني	المهنة	هاتف العمل
X					
الأب					
الأم					

الإسم	تاريخ الولادة	المدرسة	الصف
الإخوة والأخوات			

الإسم الكامل	الخليوي	قراية إلى الطفل
الشخص الذي سننصل به في حال جدّ طارئ		

أنا الموقع أدناه، أوكد بأنّ المعلومات دقيقة واتحمل كافة المسؤولية في حال تجاهلت أيّ معلومة هامة تتعلق بصحة طفلي/طفلتي.

توقيع وموافقة الإدارة

توقيع الأهل

تاريخ التسجيل