

## STUDENT REGISTRATION FORM

### Student Information / معلومات الطالب

Student Full Name / الاسم كاملا (بالإنجليزي): \_\_\_\_\_

Date of Birth/ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ Gender/ الجنس: \_\_\_\_\_

Nationality/ الجنسية: \_\_\_\_\_

Iqama Number/ رقم الإقامة أو الهوية: \_\_\_\_\_

Grade Applying For / الصف المطلوب: \_\_\_\_\_

Previous School (if any)/ اسم المدرسة السابقة: \_\_\_\_\_

Address / العنوان السكني: \_\_\_\_\_

City/ المدينة: \_\_\_\_\_ Postal Code/ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

### Father Information / معلومات الوالد

Father's Full Name / اسم الأب: \_\_\_\_\_

Iqama Number/ رقم هوية الأب: \_\_\_\_\_

Occupation / مهنة الأب: \_\_\_\_\_

Employer Name/ جهة العمل للأب: \_\_\_\_\_

Mobile Number/ رقم هاتف الأب: \_\_\_\_\_

Email Address/ البريد الإلكتروني للأب: \_\_\_\_\_

### Mother Information / معلومات الولي الأمر

Mother's Full Name/ اسم الأم: \_\_\_\_\_

Iqama Number/ رقم هوية الأم: \_\_\_\_\_

Occupation/ مهنة الأم: \_\_\_\_\_

Mobile Number/ رقم هاتف الأم: \_\_\_\_\_

Email Address/ البريد الإلكتروني للأم: \_\_\_\_\_

**شخص للتواصل في الحالات الطارئة / Emergency Contact (If Different from Parents)**

Name/ الاسم: \_\_\_\_\_

Relationship with Student/ صلة القرابة بالطالب: \_\_\_\_\_

Mobile Number/ رقم الاتصال: \_\_\_\_\_

**المعلومات الطبية / Medical Information**

Does the student have any medical conditions? Yes  No

If yes, please specify/ هل يعاني الطالب من أي حالات طبية/طبية: \_\_\_\_\_

Allergies (if any)/ الحساسية (إن وجدت): \_\_\_\_\_

Regular Medication (if any)/ الأدوية المنتظمة إن وجدت: \_\_\_\_\_

**تعهد / Declaration**

I hereby confirm that the information provided above is true and correct to the best of my

knowledge/ أقر بموجب هذا أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة حسب ما لدي من معرفة.

Parent/Guardian Signature/ توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_

Date/ التاريخ: \_\_\_\_\_