

REGISTER FORM

استمارة التسجيل

	FIRST NAME الاسم الأول	SURNAME الكنية
Name of Pre-School Child: اسم الطفل		
Home Address: عنوان المنزل		
Date of Birth: تاريخ الميلاد		
Home Tel No: رقم هاتف المنزل		
Date Child First Attended Service: تاريخ أول خدمة رعاية مقدمة للطفل...../...../.....		
Fathers Name : اسم الأب	Mothers Name : اسم الأم	
Work Telephone No: رقم هاتف العمل	Work Tel No: رقم هاتف العمل	
Mobile No : رقم الخليوي	Mobile No : رقم الخليوي	

Where can you be contacted while your child is here: e.g. in case of emergency

أين يمكن الاتصال بك في حال تواجد طفلك هنا أي في حالات الطوارئ

DATE التاريخ	MORNING صباحًا	AFTERNOON ظهراً
MONDAY الاثنين		
TUESDAY الثلاثاء		
WEDNESDAY الأربعاء		
THURSDAY الخميس		
FRIDAY الجمعة		

If parents are not available in an emergency name two other adults that may be contacted

في حال عدم تواجد الوالدين في حالة الطوارئ يمكن الاتصال بشخصين آخرين (أذكر اسمهما من فضلك)

NAME الاسم	ADDRESS العنوان	TELEPHONE NUMBER رقم الهاتف	RELATIONSHIP TO CHILD. صلة القرابة للطفل

Name of any other person/s who may collect the child other than the Parent/Guardian.

أذكر اسم أي شخص/أشخاص يمكنهم أخذ الطفل من الروضة عدا الوالدين/المسؤول (الوصي)

I authorise _____ and/or _____

أنا أفوض _____ و / أو _____

To collect my child (name) _____ from the Pre-School in the event of my absence.

ليأخذ طفلي (الاسم) _____ من روضة الأطفال في حال غيابي

SIGNED:

التوقيع _____ الوالدين / المسؤول (الوصي) PARENT/GUARDIAN

Details of Family General Practitioner for the Pre-School child

تفاصيل عن طبيب العائلة المشرف على الطفل في الروضة

Name: الاسم	
Address: العنوان	
Telephone No: رقم الهاتف	
Day Time Contact: رقم الهاتف خلال النهار	

Immunisations: (Please tick if child has had these and date received)

اللقاحات (المناعات): إذا كان الطفل مصاب بأي من الأمراض الواردة الذكر الرجاء وضع علامة صح

B.C.G.	DIPHTHERIA الديفتيريا (الحنانق)	TETANUS الكزاز	WHOOPING COUGH السعال الديكي	POLIO شلل الأطفال	HI B	MMR	MENINGITIS C التهاب السحايا

Does your child have any of the following?

هل يعاني طفلك أحد هذه الأشياء؟

Medical Condition: حالة تتطلب معالجة طبية	No لا	Yes (Specify) (حدد) (خصص) نعم
Disability: عجز	No لا	Yes (Specify) (حدد) (خصص) نعم
Allergy: حساسية	No لا	Yes (Specify) (حدد) (خصص) نعم
Special Dietary Needs: احتياجات لنظام حمية من نوع خاص	No لا	Yes (Specify) (حدد) (خصص) نعم
Feeding Pattern: نماذج (أنماط) تغذية	Ilkes يجب	Dislikes: يكره

Does your child have any special needs or additional requirements that this childcare service should be aware of?

هل لدى طفلك أي احتياجات خاصة أو متطلبات إضافية لتأخذها الحضانة بعين الاعتبار لكي تضطلع عليها خدمة الحضانة؟

--

Are there any other relevant details you wish us to know regarding your child e.g. habits, toilet training etc?

هل يوجد أي تفاصيل أخرى متعلقة بطفلك ترغب بأن نكون على دراية بها مثل: السلوك، توجيه بخصوص المراض... إلخ؟

--

TYPE OF BOOKING نمط التسجيل	
FULL DAY CARE (كاملة) رعاية يومية تامة	
MORNINGS ONLY في الصباح فقط	
AFTERNOONS ONLY فترة ما بعد الظهر فقط	
NO. OF DAYS PER WEEK عدد الأيام لكل أسبوع	
NO. OF HOURS PER WEEK عدد الساعات لكل أسبوع	

Anticipated Booking period from _____ **to** _____
من فترة التسجيل المسبقة إلى

I give my permission for my child (Name) _____ **to go on outings**
أعطي الأذن لطفلي للذهاب إلى التزهة خارج الروضة

SIGNED: _____
التوقيع

Relationship to Pre-School Child: _____
صلة القرابة بالنسبة للطفل المنتسب إلى روضة الاطفال

Date of Ceasement: _____
تاريخ الانقطاع