**Enrollment التسجيل #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MAHARAT ENROLLMENT FORM استمارة الاشتراك**

|  |
| --- |
| **Child Information** معلومات الطفل |
| Name: الإسم:  | Date of Birth (DD/MM/YY): تاريخ الميلاد (يوم / شهر / سنة): Age: العمر:  |
| Nationality: **الجنسية:** | Gender: **جنس** Female ☐ **أنثى** Male ☐ **ذكر**  |
| **Family Information معلومات العائلة** |
| Father’s Name: اسم الاب: | Mother’s Name: اسم الأم: |
| Mobile Telephone Number: رقم الهاتف المحمول: | Mobile Telephone Number: رقم الهاتف المحمول: |
| Home Telephone Number: **رقم هاتف البيت:** | Home Telephone Number: **رقم هاتف البيت:** |
| E-mail: البريد الإلكتروني | E-mail: البريد الإلكتروني |
| Home Address: عنوان المنزل: PO BOX: صندوق البريد: |
| Primary Contact Person: **الشخص الأساسي للتواصل:** Father ☐ **الآب** Mother ☐ أم | Preferred Contact Method: **طريقة الإتصال المفضلة:**E-mail ☐ البريد الإلكتروني Mobile ☐رقم الهاتف المحمول |
| **Emergency Contact Information**  معلومات الاتصال في حالات الطوارئ |
| Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Contact No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اسم رقم الاتصال صلةName: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Contact No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اسم رقم الاتصال صلة |
| **Medical Information معلومات طبية** |
| Pediatrician: **طبيب الأطفال:**Address: **عنوان:**Contact No.: **رقم الاتصال:** |
| Hospital: **مستشفى:**Address: **عنوان:** Contact No.: **رقم الاتصال:** |
| Is your child currently on any Medications? Yes ☐ **نعم**  No ☐ **لا** هل طفلك حاليا يتناول أي أدوية؟*If yes, please specify the medication and dose:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_إذا كانت الإجابة نعم ، يرجى تحديد الدواء والجرعةDoes your child have any medication allergies? Yes ☐ **نعم**  No ☐ **لا** هل يعاني طفلك من أي حساسية للأدوية؟*If yes, please specify:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اذا اجبت نعم، من فضلك وضحHas your child been hospitalized in the past 2 years? هل تم إدخال طفلك إلى المستشفى خلال السنتين الماضيتين؟Yes ☐ **نعم**  No ☐ **لا** *If yes, please specify:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اذا اجبت نعم، من فضلك وضحDoes your child suffer from the following? هل يعاني طفلك من التالي؟

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ Feeding Problemمشكلة تغذية | ☐ Hormonal Problemمشكلة هرمونية | ☐ Kidney Diseaseمرض الكلية | ☐ Asthmaالربو | ☐ Diabetes داء السكري  |
| ☐ Bleeding Problem مشكلة نزيف  | ☐ Hearing Problemمشكلة السمع | ☐ Heart Diseaseمرض القلب  | ☐ Hepatitisالتهاب الكبد | ☐ Anemia فقر دم |
| ☐ Psychological Problemمشكلة نفسية | ☐ Vision Problemمشكلة الرؤية | ☐ Allergyحساسية | ☐ Epilepsyصرع | ☐ Otherآخر |

*If yes, please specify:* اذا اجبت نعم، من فضلك وضح\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Does your child have any food allergies? Yes ☐ **نعم**  No ☐ **لا** هل يعاني طفلك من حساسية الغذائية؟*If yes, please specify:* اذا اجبت نعم، من فضلك وضح\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Does your child have any special diet? Yes ☐ **نعم فعلا**  No ☐ **لا**  **هل لدى طفلك أي رجيم غذائي خاص؟***If yes, please specify:* اذا اجبت نعم، من فضلك وضح\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Consent to Services:** | الموافقة على الخدمات: |
| *I am the Parent/Legal Guardian of the above named child and hereby state that all information mentioned above is true and correct to my knowledge. I authorize and consent to Maharat Learning Center to perform assessment and evaluation, therapeutic and consultation services as necessary and acknowledge the information above will remain confidential, unless required by law.* | *أنا الوالد / الوصي القانوني للطفل المذكور أعلاه ، أذكر*  *أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة على حد علمي. أعطي أذن وأوافق لمركز مهارات التعليمي لأداء التقييم والتقدير والخدمات العلاجية والاستشارية عند الضرورة ونقر بأن المعلومات أعلاه ستبقى سرية ، ما لم يتطلب القانون ذلك.* |

**Signature** التوقيع  **Print Name** إطبع الإسم

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relationship to Child** الصلة بالطفل  **Date** تاريخ

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**