**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 صلة  Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 والجرعة  Does 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 وضح  Has 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 وضح  Does your child suffer from the following? هل يعاني طفلك من التالي؟   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ☐ Feeding Problem  مشكلة تغذية | ☐ Hormonal Problem  مشكلة هرمونية | ☐ Kidney Disease  مرض الكلية | ☐ Asthma  الربو | ☐ Diabetes  داء السكري | | ☐ Bleeding Problem  مشكلة نزيف | ☐ Hearing Problem  مشكلة السمع | ☐ Heart Disease  مرض القلب | ☐ Hepatitis  التهاب الكبد | ☐ Anemia  فقر دم | | ☐ Psychological Problem  مشكلة نفسية | ☐ Vision Problem  مشكلة الرؤية | ☐ Allergy  حساسية | ☐ Epilepsy  صرع | ☐ Other  آخر |   *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

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