

INTERNATIONAL BRITISH SCHOOL  
BRITISH CURRICULUM  
NORTH DUHAIL  
PH: +974 44786837, 44325904



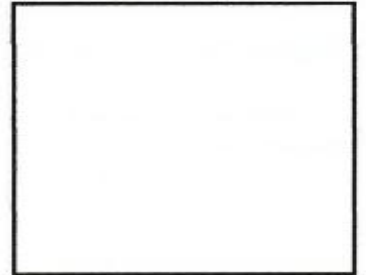
المدرسة البريطانية الدولية  
المنهج البريطاني  
مدينة خليفة الجنوبية (المسيلة) - بنى هاجر

WEBSITE: [www.ibs-doha.com](http://www.ibs-doha.com)

Email: [ibs2001@live.com](mailto:ibs2001@live.com) FACEBOOK PAGE: INTERNATIONAL BRITISH SCHOOL

## APPLICATION FOR ADMISSION نموذج طلب الإلتحاق

Application Form No. : \_\_\_\_\_ رقم الطلب:



### Student Information:

Name of Student:				اسم الطالب:
Date of Birth (According to the birth certificate)				تاريخ الميلاد حسب شهادة الميلاد
Sex :	Male		ذكر	الجنس :
	Female		أنثى	
Age on date of application:				العمر :
Religion:				الديانة :
Nationality:				الجنسية :
ID / IPP No.				الرقم الشخصي للطالب :
Grade Level to which admission is sought:				الصف المراد الإلتحاق به :
Does your child has access to (at home):	Computer The Internet A Printer	Yes	No	هل لدى الطالب هذه الوسائل (في المنزل) كمبيوتر انترنت طابعة
		Yes	No	
		Yes	No	
Number and date of transfer request:				رقم وتاريخ طلب النقل:
Previous School:				المدرسة السابقة:
Medical History:	Allergy:		الحساسية:	التاريخ المرضي
	Illness:		المرض :	

Name of Parent Guardian and Relation to the child:		اسم ولي الأمر أو الوصي ودرجة القرابة (الوالدة، الوالد)
--	--	--

Occupation and address of Parent or Guardian/Phone No:		وظيفة وعنوان ولي الأمر (الوالدة، الوالد)
--	--	---

Present address of Parent or Guardian/ Email add:		العنوان الحالي ورقم الهاتف :
---	--	---------------------------------

In case your child is admitted. What kind of transport would you like to use for coming to school?	Private <input type="checkbox"/>	مواصلات خاصة	في حالة تم تسجيل الطالب، أي وسيلة نقل تفضلها للحضور للمدرسة:
	School Bus <input type="checkbox"/>	باص المدرسة	

I solemnly declare that the above particulars and information are true and correct. As I read the rules of discipline of this school and I undertake that will abide by them.	تعهد: أتعهد رسمياً بأن الخصوصيات والمعلومات أعلاه هي حقيقية وصحيحة، كما قرأت قواعد الانضباط من هذه المدرسة وأتعهد أن ألتزم بها.	
--	--	--

Date :		التاريخ :
--------	--	-----------

Signature of Parent / Guardian

توقيع ولي أمر الطالب

Signature of the Principal

توقيع مديرة المدرسة

INTERNATIONAL BRITISH SCHOOL  
BRITISH CURRICULUM  
AL MESSILA, MADINATH KHALIFA SOUTH  
PH: +974 44786837, 44325904  
Banihajr: 44509432



المدرسة البريطانية الدولية  
المنهج البريطاني  
مدينة خليفة الجنوبية (المسيلة) - بنى هاجر

WEBSITE: [www.ibs-doha.com](http://www.ibs-doha.com)

Email: [ibs2001@live.com](mailto:ibs2001@live.com) FACEBOOK PAGE: INTERNATIONAL BRITISH SCHOOL

### HEALTH INFORMATION المعلومات الصحية

Student Name: ..... إسم التلميذ :

1. Please check if your child has any of the following		الرجاء الإشارة إلى الامراض التي تعرض لها التلميذ	
Asthma <input type="checkbox"/>	ربو (حساسية صدرية)	Measles <input type="checkbox"/>	الحصبة
Chicken Pox <input type="checkbox"/>	الحصبة	Mumps <input type="checkbox"/>	نكافية
Diabetes <input type="checkbox"/>	مرض السكري	Recurrent Cough. <input type="checkbox"/>	السعال المتكررة
Eczema <input type="checkbox"/>	حساسية جلدية	Recurrent Earache <input type="checkbox"/>	وجع الأذن المتكررة
Heart Disease <input type="checkbox"/>	أمراض القلب.	Scarlet Fever <input type="checkbox"/>	حمى قرمزية
Hepatitis <input type="checkbox"/>	التهاب الكبد	Seizures (fits) <input type="checkbox"/>	الصرع (تشنجات)
Hypertension <input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم	Syncope (dizzy spells) <input type="checkbox"/>	إغماء (نوبات دوام)
Malaria <input type="checkbox"/>	ملاريا	Tuberculosis <input type="checkbox"/>	مرض السل
Recurrent Epitasis (nosebleed) <input type="checkbox"/>	رعاف متكرر (الرعاف)	Recurrent Gastric Upset <input type="checkbox"/>	أمراض المعدة المتكررة بالضييق

2. Has your child ever hospitalized?  Yes نعم  NO لا هل تم إدخال ابنكم/إبنتكم المستشفى إذا (نعم)

Please indicate the date of entry and explain the reasons for entering the hospitalized: الرجاء ذكر تاريخ الدخول مع شرح موجز عن اسباب دخول المستشفى :

.....  
.....  
.....

3. Does your child use:		هل يقوم ابنكم / إبنتكم بإستعمال :	
Hearing aid <input type="checkbox"/>	سماعة للأذن	Glasses <input type="checkbox"/>	نظارات طبية
Right ear <input type="checkbox"/>	الأذن اليمنى	Contacts <input type="checkbox"/>	عدسات طبية
Lift ear <input type="checkbox"/>	الأذن اليسرى	All the time <input type="checkbox"/>	طوال الوقت
Both ears <input type="checkbox"/>	الأذنين	Reading only <input type="checkbox"/>	للقراءة فقط

4. Please list any allergies and their effects: الرجاء ذكر أي نوع من أنواع الحساسية التي يعاني منها:

Rash <input type="checkbox"/>	طفح جلدي	Wheezing <input type="checkbox"/>	تنفس بصفير
Seizures <input type="checkbox"/>	تشنجات (صرع)	Vomiting <input type="checkbox"/>	القيء
Difficulty Breathing <input type="checkbox"/>	صعوبة التنفس	Bee sting <input type="checkbox"/>	لدغة النحل
		Ants bite <input type="checkbox"/>	لدغة النمل

5. My child may be given and use:

أسمح لإبني بتناول واستعمال :

Panadol  بندول  
Eye dropper  قطارة للعيون  
Ear dropper  قطارة الانف

Strepsils  حبوب مص  
Throat spray  بخاخ للحلق  
Skin Cream  كريم للبشرة

6. Please list any food allergies:

الرجاء ذكر المأكولات التي تسبب له الحساسية إن وجد :

7. Please list any medication your child is using:

الرجاء كتاب الأدوية التي يتناولها إنكمم/إننتكم

8. Please list any other health information which would enable us to assess activities and their risks :

الرجاء توضيح المعلومات الصحية التي تمكننا من الحفاظ على سلامة إنكمم/إننتكم :

9. In case of emergency contact:

في حالة الطوارئ الإتصال على :

Name: \_\_\_\_\_ الإسم :  
Relation: \_\_\_\_\_ صلة القرابة:  
Phone: \_\_\_\_\_ الهاتف :

Name: \_\_\_\_\_ الإسم :  
Relation: \_\_\_\_\_ صلة القرابة:  
Phone: \_\_\_\_\_ الهاتف :

NOT A PARENT

في حالة ليس ولي الأمر :

Name: \_\_\_\_\_ الإسم :  
Relation: \_\_\_\_\_ صلة القرابة:  
Phone: \_\_\_\_\_ الهاتف :

Signature of Parent / Guardian  
توقيع ولي أمر الطالب

