

LITTLE
Oxford

NURSERY AND DAY CARE

حضانة ليتل

أوكسفورد

أند دي كير

Registration

Child's Details:

تفاصيل خاصة بالطفل

Child's First Name:					اسم الطفل
Child's Family Name:					اسم العائلة
Date of Birth:					تاريخ الميلاد
Nationality:					الجنسية
Religion:					الديانة
Languages Spoken:	1.	2.	3.	اللغة التي يتحدث بها الطفل	
Admission for: التسجيل عن :	The Baby Club Foundation (3 mnths - 1yr)	The Toddler Team (1-2 yrs)	The Nursery (2-3 yrs)	The Foundation Year I (3- 4yrs)	
البريد الالكتروني للوالد Father's Email:					
البريد الالكتروني للوالدة Mother's Email:					

Parents' Details:

تفاصيل أولياء الامور

Father's Name:	اسم الوالد				
Nationality:	جنسية				
Occupation:	المهنة				
Company Name & Address:	مكان العمل والعنوان				
Tel:	التلفون				
Mobile:	رقم الموبايل				
Fax No:	رقم الفاكس				
Mother's Name:	اسم الام				
Nationality:	الجنسية				
Occupation:	المهنة				
Company Name & Address:	مكان العمل والعنوان				
Tel:	التلفون				
Mobile:	الموبايل				
Fax no:	رقم الفاكس				

www.littleoxfordnursery.com | info@littleoxfordnursery.com |

Tel: Khuzam: 07-2361652 | Mamourah: 07-2276520 | P.O.Box: 32822, RAK. UAE.

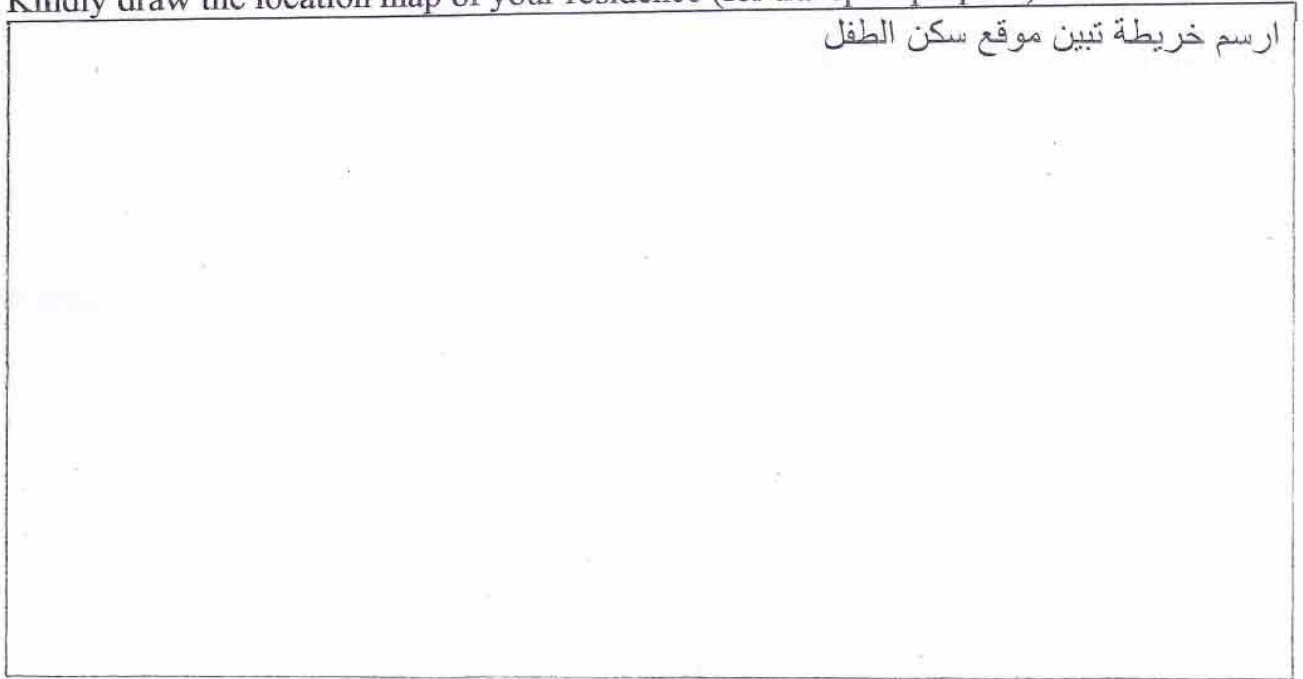
تفاصيل موقع سكنة

Residence Details:	
Location:	الموقع :
P.O. Box:	الرمز البريدي
Tel:	التلفون :
Emirate:	الامارة

Would you like to use school transport:	هل تحب ان تستخدم الباص	Yes / No لا نعم
School bus service :	One-way: * إياب فقط	Two-ways: * ذهاب وإياب
Mobile no. of the person to receive the child at home:	رقم الشخص الذي يستلم الطفل :	

Kindly draw the location map of your residence (for transport purpose):

ارسم خريطة تبين موقع سكن الطفل



I, the undersigned, declare that the above given information is true to the best of my knowledge.

اوقع علي انة اعطيت المعلومات الصحيحة علي افضل ما اعلم

Date: _____ التاريخ :-

Parent's Signature

توقيع ولي الامر

LITTLE OXFORD NURSERY AND DAY CARE

RAK, UAE.

Medical Questionnaire

Child's Name: _____ اسم الطفل
Date of Birth: _____ تاريخ الميلاد Height: _____ الطول Weight: _____ الوزن
Address: _____ العنوان

Res. Tel: _____ Mother's Mobile: _____ Father's Mobile: _____
التلفون رقم الموبايل - الام رقم الموبايل - الاب

Please answer the questions provided below:

Questionnaire:	Yes نعم	No لا	
Is your child's appetite normal?			شهية طبيعية
Is his vision normal?			يرى بشكل طبيعي
Is his speech normal?			يتكلم بشكل طبيعي
Is his hearing normal?			يسمع بشكل طبيعي
Does he have a history of prolonged fever?			هل كانت لديه حمى لمدة طويلة
Does he suffer from breathlessness (Asthma)?			لديه اي مشكلة في التنفس
Has he had any previous diarrhea?			اي اعراض اسهال
Has he had a bedwetting history?			اي تبول لا ارادي
Does he suffer from fits or convulsions?			هل يتشنج
Does he snore?			لديه مشكلة شخير
Does he suffer from recurrent nasal bleeding?			اي مشاكل نزيف
Does he have any other problem or disease?			لديه اي مشاكل اخري

Do you want to share with us something of vital importance about your child's health?

(Information given will be treated as confidential.)

هل لديكم اي مشكلة او شئ مهم تودون مشاركتنا به عن صحة طفلكم
(خصوصية وسرية المعلومات لا يطلع عليها احد)

انا الموقع ادناه هذه المعلومات صحيحة وافضل ما اعلم عن ابني وعائلتي

I, the undersigned, declare that the information provided above is true to the best of my knowledge.

Date: _____ التاريخ

Parent's Signature

توقيع ولي الامر

LITTLE OXFORD NURSERY AND DAY CARE

RAK, UAE.

Medical Form

السجل الطبي

Child's Name				اسم الطفل
Date of Birth				تاريخ الميلاد
Nationality	Weight- الوزن	Height- الطول	Blood Group:	مجموعة الدم
Mobile:	Father- الاب	Mother- الام		الجنسية
				رقم الموبايل

الرجاء وضع علامة () اذا كان ليد طفلك اي من العلامات المرضية الاتية

Please tick appropriately. If yes, specify month / year of illness:

INFECTIOUS DISEASES		YES نعم	NO لا	NON- INFECTIOUS DISEASES		YES نعم	NO لا
Diphtheria	دفتريا			Accidents	حوادث		
Disentery	الزحار			Allergies	حساسية		
Infective Hepatitis	التهاب الكبد البائي			Bronchial Asthma	الربو		
Polasles	الحصبة			Congenital Heart Disease	امراض القلب		
Rulmps	النكاف			Diabetes Mellitus	السكري		
Poliomyelitis	شلل الاطفال			Epilepsy	الصرع		
Rubella	الحصبة الالمانية			G6PD (Glucose6- phosphate	نقص في الجلوكوز		
Chicken Pox	الجدري			Dehydrogenase deficiency)	او الفوسفات		
Scarlet fever	حمى الاسكارس			Rheumatic Fever	حمى الروماتزم		
Tuberculosis	السل			Surgical Operation	عمليات سابقة		
Whooping Cough	السعال الديكي			Thalasemia	الثلايميا		

History of:

نعم

لا

تاريخ عن الطفل :-

Blood Transfusion	نقل دم	Yes	Date	التاريخ	No	Frequency	التردد
Hospitalization	دخول المستشفى	Yes	Date	التاريخ	No	Reason	السبب

Family History:

تاريخ العائلة :-

Diabetes	سكر	Yes	نعم	No	لا
Hypertension	ارتفاع ضغط الدم	Yes	نعم	No	لا
Mental Disorder	اضراب عقلي	Yes	نعم	No	لا
Stroke	صرع	Yes	نعم	No	لا
Tuberculosis	السل	Yes	نعم	No	لا

If others,specify:

اذا وجد اي مرض اخر :

انا الموقع ادناه هذه المعلومات صحيحة وافضل ما اعلم عن ابني وعائلي

I, the undersigned, declare that the information given above is true to the best of my knowledge.

Date: التاريخ

Parent's Signature: توقيع ولي الامر

Little Oxford Nursery And Day Care

Khuzam & Mamourah

Upon registration of your child, please submit the following documents:

1. Registration Form
2. Medical Form
3. Medical Questionnaire
4. 4 Passport Sized Photographs
5. Photocopy of Passport with residency page
6. Photocopy of Birth Certificate
7. Photocopy of Vaccination Record

الاوراق المطلوبة:-

لاكمال تسجيل طفلك الرجاء ارفاق هذه الاوراق المطلوبة

ملئي استمارة التسجيل

شهادة تطعيم

4 صور شخصية

صورة من جواز السفر

صورة من شهادة الميلاد