

LITTLE

Oxford

NURSERY AND DAY CARE

حضانة ليتل

الأكسفورد

أند دي كير

RegistrationChild'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:	The Baby Club Foundation (3 mnths – 1yr)	The Toddler Team (1-2 yrs)	The Nursery (2-3 yrs)	The Foundation Year I (3- 4yrs)
التسجيل عن :				
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

تفاصيل موقع سكنة

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

Would you like to use school transport:	هل تحب ان تستخدم الباص Yes / No لا نعم
School bus service :	One-way: * اياب فقط * Two-ways: * ذهاب و اياب *
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
	Weight-	الوزن	Height-	الطول
Nationality				Blood Group: مجموعة الدم
Mobile:	Father-	الاب	Mother-	الام
				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			Accidents		
Disentery			Allergies		
Infective Hepatitis			Bronchial Asthma		
Polasles			Congenital Heart Disease		
Rulmps			Diabetes Mellitus		
Poliomyelitis			Epilepsy		
Rubella			G6PD (Glucose6- phosphate		
Chicken Pox			Dehydrogenase deficiency)		
Scarlet fever			Rheumatic Fever		
Tuberculosis			Surgical Operation		
Whooping Cough			Thalasemia		

History of:

نعم

لا

تاريخ عن الطفل :-

Blood Transfusion	Yes	Date	التاريخ	No	Frequency	التردد
Hospitalization	Yes	Date	التاريخ	No	Reason	السبب

المستشفى

Family History:

تاريخ العائلة :-

Diabetes	Yes	No	نعم	لا
Hypertension	Yes	No	نعم	لا
Mental Disorder	Yes	No	نعم	لا
Stroke	Yes	No	نعم	لا
Tuberculosis	Yes	No	نعم	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 شخصيه

صورة من جواز السفر

صورة من شهادة الميلاد