

Academic Year 20__ - _____

1. المعلومات الشخصية

الاسم:.....
 اسم الأب:.....
 اسم العائلة(القبيلة):.....
 الجنسية:..... الجنس: انثى ذكر
 تاريخ الميلاد:.....
 العنوان:..... المدينة:.....
 البريد الالكتروني:..... رقم الهاتف:.....

2. معلومات المدرسة السابقة

اسم المدرسة السابقة:..... الدولة:.....
 الصف السابق (آخر صف تم الالتحاق به) وفقاً لشهادة المغادرة:.....
 رقم بطاقة الهوية:.....
 اللغة/اللغات التي يتم التحدث بها في المنزل: الإنجليزية العربية أخرى
 هل سبق لطفلك أن تخطى صفاً دراسياً أو طُلب منه إعادة سنة دراسية؟
 إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر التفاصيل:

 هل سبق لطفلك أن شارك في أي برنامج للطلاب المتقدمين أو الموهوبين، أو واجه صعوبة في التعلم (مثل علاج النطق أو اللغة)، أو تم إخضاعه لاختبارات لأغراض نفسية؟
 نعم لا
 إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التحديد:.....

3. بيانات ولي الأمر / العائلة

ولي الأمر الأول (الشخص الأساسي الذي تتواصل معه المدرسة وترسل إليه المراسلات الرسمية)

الاسم الكامل :.....
 صلة القرابة بالطالب:..... الجنسية:.....
 المهنة:.....
 اسم جهة العمل:.....
 عنوان العمل:.....
 البريد الإلكتروني للعمل:.....
 عنوان السكن (المنطقة، الشارع، المبنى، الطابق):.....
 البريد الإلكتروني الشخصي:.....
 الهاتف المحمول:..... هاتف المنزل:.....

ولي الأمر الأول

الاسم الكامل:

صلة القرابة بالطالب:الجنسية:

المهنة: اسم جهة العمل:

عنوان العمل:

البريد الإلكتروني للعمل:

عنوان السكن (المنطقة، الشارع، المبنى، الطابق):

البريد الإلكتروني:الهاتف المحمول:

لاستلام الرسائل النصية القصيرة الهامة الخاصة بالمدرسة على هاتفك المحمول، يرجى اختيار أحدهما:

ولي الأمر الأول ولي الأمر الثاني

الحالة الاجتماعية للوالدين:

متزوجان منفصلان أخرى

في حالة الانفصال، من لديه حضانة الطفل؟

الأم الأب

الأشقاء (إن وجدوا)

الاسم	الصف	المدرسة	السنة الدراسية
.....
.....
.....

4. جهات الاتصال في حالات الطوارئ غير الوالدين

في حالة الطوارئ، من تود أن تتواصل معه المدرسة؟

الاسم 1: صلة القرابة:الهاتف:

الاسم 1: صلة القرابة:الهاتف:

الاسم 1: صلة القرابة:الهاتف:

5. للاستخدام المدرسي فقط

تاريخ التقديم:رقم الطلب:

رقم الحاسب للطالب:رقم ولي الأمر:

وجبة المدرسة: نعم لا

خدمات النقل المدرسي: نعم لا رقم الحافلة:

رقم الإيصال - رسوم التقديم:رقم الإيصال - الرسوم المدرسية:

التقديم للصف:اللغة الثانية:

توقيع المدير:التاريخ:

أولاً: المستندات العامة

- أربع صور شخصية حديثة بحجم صورة جواز السفر.
- جواز سفر الطالب ساري المفعول (يشمل تأشيرة إقامة سارية للطلاب غير العمانيين).
- بطاقة إقامة الطالب (الجانبيين) للطلاب غير العمانيين المتقدمين للصف الأول وما فوق.
- الرقم المدني للطلاب غير العمانيين المتقدمين للروضة الأولى والثانية (KG₁-KG₂). لن يتم التسجيل بدون نسخة من بطاقة الإقامة/الرقم المدني.
- شهادة الميلاد مصدقة** ومترجمة*.
- شهادة التطعيمات.
- بطاقة الهوية العمانية (الجانبيين) أو بطاقة الإقامة السارية (الجانبيين) للأب والأم.
- جواز سفر الأب والأم ساري المفعول (يشمل تأشيرة إقامة سارية لغير العمانيين).
- في حال رغبة ولي الأمر باستخدام خدمة الحافلة المدرسية، يجب إعطاء عنوان واضح وتحديد موقع السكن على الخريطة بعلامة X. نوصي باستخدام خرائط جوجل.

ثانياً: تقارير المدرسة والمستندات الأكاديمية

- تقرير مدرسي حديث مترجم* ومصدق**.
- تقرير نهاية العام مترجم* ومصدق**.
- في حال الانتقال من مدرسة خارج سلطنة عمان: يشترط الحصول على معادلة من وزارة التربية والتعليم في سلطنة عمان. ولا يمكن إتمام التسجيل بدون موافقة نهائية من الوزارة.
- في حال الانتقال من مدرسة أخرى داخل سلطنة عمان: يشترط الحصول على رقم نقل من البوابة التعليمية أو خطاب نقل صادر من المدرسة السابقة. ويعتبر التسجيل مبدئياً حتى تقديم رقم النقل.

ملاحظات حول الترجمة والتصديق:

الترجمة (*):

تم الترجمة إلى اللغة الإنجليزية أو العربية عند الحاجة عن طريق مترجم رسمي في سلطنة عمان.

التصديق (>):**

- دول مجلس التعاون الخليجي (الإمارات، السعودية، قطر، الكويت، البحرين): يتم التصديق من الوزارة المختصة في تلك الدولة.
- الدول الأخرى: يجب التصديق من وزارة التربية والتعليم، ووزارة الخارجية، وسفارة سلطنة عمان في تلك الدولة.

Academic Year 20__ - _____

..... الاسم الأول:

..... اسم الأب / الاسم الثاني:

..... اسم العائلة:

..... تاريخ الميلاد:

..... الصف:

هل يتناول طفلك حالياً أي دواء؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تحديد السبب، والجرعة، وعدد مرات الاستخدام:

.....

.....

هل سبق أن تم إدخال طفلك إلى المستشفى؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:

.....

.....

هل يعاني طفلك من أي مشاكل في بصره؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:

.....

.....

هل يعاني طفلك من مشاكل في النطق؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:

.....

.....

هل يعاني طفلك من صعوبة في السمع؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:

.....

.....

هل لديك أي اعتراض على قيام طبيب/ممرضة المدرسة بالكشف على طفلك؟ نعم لا

هل يعاني طفلك من أي من الحالات التالية؟

الدواء	لا	نعم	الحالة الطبية
			الربو الصدري
			السكري
			داء الصرع
			الحمى الربيعية
			السّل
			الحكة
			أمراض القلب

إذا كانت هناك حالات طبية أخرى، يرجى التوضيح:

هل لدى طفلك تاريخ من الحساسية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، ضع دائرة حول مسببات الحساسية التي يعاني منها طفلك

البيض	المكسرات	المأكولات البحرية	القمح	الحشرات
المطاط (اللاتكس)	الأدوية	منتجات الألبان	الفواكة	أخرى

يرجى التحديد:

ضع دائرة حول الأعراض التي يعاني منها طفلك.

الأكزيما	الطفح الجلدي	الشرى (أو الشرى)	تورم العين	بحة الصوت
تورم الفم	صوت الصفير أثناء التنفس	القيء / الإسهال	الإغماء	أخرى

يرجى التحديد:

هل تلقى طفلك أي من التطعيمات التالية؟
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر تاريخ آخر جرعة من كل تطعيم.

تاريخ آخر جرعة تطعيم	تطعيم
	السل (الدرن)
	التهاب الكبد الوبائي B
	حصبة (حصبة المانيه, أبو كعب)
	جدري الماء
	الخناق, السعال الديكي, الكزاز
	شلل الأطفال
	هيموفيلوس انفلونزا
	فيروس الروتا
	التهاب الكبد الوبائي A
	السحايا
	التيفويد
	أخرى

هل عانى طفلك من أي من الأمراض التالية؟

المرض	نعم	لا	السنة
الحصبة			
أبو الكعب			
الحصبة الألمانية			
جدري الماء			
السل			
السعال الديكي			
أخرى			

يرجى ذكر ثلاثة أشخاص يمكن الاتصال بهم في حال وقوع حوادث أو حالات طارئة أخرى.

الاسم:	رقم الهاتف:
الاسم:	رقم الهاتف:
الاسم:	رقم الهاتف:

إذا تعذر على المدرسة التواصل مع أي من الأشخاص المحددين، سيتم نقل الطالب إلى أقرب مستشفى.

أنا الموقع أدناه.....ولي أمر الطالب/الطالبة.....

أوافق لا أوافق على أن تتولى المدرسة إرسال ابني/ابنتي في الصف.....إلى المستشفى

إذا حصل له/لها أي طارئ لا سمح لله.

في حال كان على الطالب أن يأخذ دواء خلال ساعات الدوام المدرسي، فيتوجب عليه إعطاء الدواء إلى طبيب المدرسة صباحاً مع إرفاق رسالة من ولي أمر الطالب أو من طبيبه، ويتم أخذ الدواء من العيادة قبل مغادرة الطالب إلى المنزل. يرجى كتاب اسم الطالب وصفه بشكل واضح وتدوين وقت أخذ الدواء والجرعة المحددة. يمنع ترك الأدوية مع الطالب، بالنسبة للطلاب الذين يستعملون المواصلات المدرسية يتوجب عليهم ترك الأدوية مع مشرفة الباص.

أنا.....ولي أمر الطالب/الطالبة.....
أؤكد صحة المعلومات الواردة في هذا النموذج وأتحمل كامل المسؤولية عن أي خطأ أو نقص بالمعلومات المتعلقة بصحة (ابني/ابنتي)
مرض أو حساسية وسوف أتحمل مسؤولية كاملة دون تحميل.....
وموظفيها أي تعويض عن الأضرار الناتجة عن وجود أية مضاعفات تنتج عن هذا المرض أو الحساسية.

وسأفهم أن أية معلومات غير صحيحة أو منقوصة تخول المدرسة وتعطيها الحق في إعادة النظر في قبول ابني وتسجيله في
المدرسة.
وسأتعهد بإبلاغ المدرسة حول أية تطورات في المرض أو الحساسية قد تنتج فيما بعد.

الاسم :
التاريخ:
التوقيع.....

للاستخدام المدرسي

ملاحظات:

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

تاريخ الفحص: / /

توقيع الطبيب/الممرضة: