



**DUBAI CENTER for SPECIAL NEEDS**  
**مركز دبي للرعاية الخاصة**

## إستمارة تسجيل

التاريخ: \_\_\_\_\_

### معلومات شخصية عن الطالب

الإسم: \_\_\_\_\_

إسم العائلة: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
اليوم/الشهر/السنة

الجنس: ذكر/أنثى

الجنسية: \_\_\_\_\_

نوع الإعاقة: \_\_\_\_\_

مرسل من قبل: \_\_\_\_\_

المدرسة/ المركز السابق: \_\_\_\_\_

### تفاصيل للإتصال

عنوان المنزل \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_

ص.ب.: \_\_\_\_\_

هاتف المنزل: \_\_\_\_\_

### معلومات عن الأب

الإسم: \_\_\_\_\_

مكان العمل: \_\_\_\_\_

مهنة الأب: \_\_\_\_\_

بريد إلكتروني: \_\_\_\_\_

هاتف العمل: \_\_\_\_\_

الهاتف النقال: \_\_\_\_\_

### معلومات عن الأم

الإسم: \_\_\_\_\_

مكان العمل: \_\_\_\_\_

مهنة الأم: \_\_\_\_\_

بريد إلكتروني: \_\_\_\_\_

هاتف العمل: \_\_\_\_\_

الهاتف النقال: \_\_\_\_\_

### أرقام الهواتف في الحالات الطارئة

1. الإسم: \_\_\_\_\_

الرقم: \_\_\_\_\_

2. الإسم: \_\_\_\_\_

الرقم: \_\_\_\_\_