



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: _____

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: _____