

Application Form			
إستمارة تسجيل			
Date of Registration:	تاريخ التسجيل:		
Child's Name:		إسم الطفل:	
Date of Birth:		تاريخ الميلاد:	
Gender: Male / Female		الجنس: ذكر / أنثى	
Father's Name:		إسم الأب:	
Mother's Name:		إسم الأم:	
Nationality:		الجنسية:	
School:		المدرسة:	
First Language:		اللغة الأولى:	
Second Language:		اللغة الثانية:	
Referred by:		تم التحويل من قبل:	

Purpose of Application		الغرض من تقديم الطلب	
<input type="checkbox"/> Joining Full Day Program		<input type="checkbox"/> تسجيل في البرنامج النهاري المتكامل	
<input type="checkbox"/> Assessment		<input type="checkbox"/> تقييم	
<input type="checkbox"/> Individual Therapy		<input type="checkbox"/> جلسات علاجية	
<input type="checkbox"/> Consultation		<input type="checkbox"/> إستشارة	

Parents' Information		معلومات عن الوالدين	
Email Address:		البريد الإلكتروني :	
Landline:		هاتف المنزل:	
Residence Area:		مكان السكن:	
Father's Mobile:		رقم جوال الأب:	
Father's Profession/ Workplace:		وظيفة الأب / مكان العمل:	
Mother's Mobile:		رقم جوال الأم:	
Mother's Profession/ Workplace:		وظيفة الأم / مكان العمل:	

Medical History	التاريخ الطبي
Duration of Pregnancy:	مدة الحمل:
Birth weight:	وزن الطفل عند الولادة:
Were there any complication during pregnancy? Yes / No If yes, please explain:	هل كانت هنالك صعوبات أثناء فترة الحمل؟ نعم / لا لإجابة نعم، نرجو الإيضاح:
Delivery <ul style="list-style-type: none"> <li>o Vaginal</li> <li>o Scheduled C-section</li> <li>o Emergency C-section</li> <li>o Forceps</li> <li>o Vacuum</li> </ul>	الولادة <ul style="list-style-type: none"> <li>o مهبلية</li> <li>o قيصرية محددة</li> <li>o قيصرية طارئة</li> <li>o بالملقط</li> <li>o بالشفط</li> </ul>
Were there any complication at birth? Yes/ No If yes, please explain:	هل هنالك صعوبات أثناء الولادة؟ لإجابة نعم، نرجو الإيضاح:
Were there any postnatal complications?	هل كانت هنالك صعوبات لدى الطفل بعد الولادة مباشرة؟
Any previous surgeries? Yes/ No If yes, please explain:	هل خضع الطفل لتدخل جراحي مسبقاً؟ نعم / لا لإجابة نعم، نرجو الإيضاح:
Does the child have any health conditions such as Seizures/Asthma/Diabetes/others? If yes, please specify:	هل يعاني الطفل من أي مشاكل صحية: مثل نوبات الصرع / الربو / السكري / غيرها؟ نعم / لا لإجابة نعم، نرجو ذكر الحالة:
List any medication taken by the child currently:	قائمة بالإدوية التي يأخذها طفلك حالياً:
Any allergies to food/medicine? Yes/ No If yes, please explain:	هل يعاني الطفل من حساسية طعام أو/ أدوية؟ نعم / لا إذا نعم، نرجو الإيضاح:
Any Hearing related issues? Yes/ No If yes, please explain:	هل توجد مشكلات في السمع؟ نعم / لا إذا نعم، نرجو الإيضاح:

Any vision related difficulties? Yes/ No If yes, please explain:	هل توجد صعوبات في البصر؟ نعم / لا إذا نعم، نرجو الإيضاح:
Developmental History	مراحل النمو
At what age did your child Sit alone: Walk: Spoke first words: Grasp a pencil and make scribbles:	بأي عمر قام طفلك بـ: أذكر العمر التقريبي للمهارات التالية الجلوس بمفرده: المشي: تحدث كلماته الأولى: مسك القلم والقيام بأي خربشات:
Self-help skills	مهارات الإعتماد على النفس
Feeding independent / dependent Please indicate if there are feeding difficulties	الطعام: يعتمد على نفسه / يعتمد على الآخرين يرجى توضيح ما إذا كانت هناك صعوبات في التغذية أو البلع.
Toileting: independent / dependent	الذهاب إلى الحمام: يعتمد على نفسه / يعتمد على الآخرين
Dressing: independent / dependent	اللباس: يعتمد على نفسه / يعتمد على الآخرين.
Any previous therapy interventions? Details:	هل تلقى طفلك خدمات علاجية سابقاً؟ نعم / لا التفاصيل:
A few things your child likes to do:	أنشطة يحبها طفلك:

Further information to share:

معلومات إضافية تود مشاركتها:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<p>Checklist of documents to be attached:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copy of Child's Emirates ID (If pending, passport)</li> </ul> <p>If available, a copy of:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recent school reports</li> <li>• Medical Report</li> <li>• Psychological Assessment Report</li> <li>• POD Card issued by MOCD</li> </ul>	<p>قائمة بالوثائق المراد إرفاقها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نسخة من الهوية الإماراتية (أو جواز السفر في حال عدم توفرها)</li> </ul> <p>في حال توفرها، نسخة عن:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التقارير المدرسية</li> <li>• التقارير الطبية</li> <li>• التقييم النفسي</li> <li>• بطاقة أصحاب الهمم الصادرة من وزارة تنمية المجتمع</li> </ul>
--	---

Prior to your appointment, please be sure to send this form and other relevant reports on:

يرجى التأكد من إرسال الإستمارة و الأوراق ذات الصلة قبل موعدك إلى:

[info@alfarahcenter.com](mailto:info@alfarahcenter.com)

- I hereby declare that all the information provided about my child in this form is accurate to the best of my knowledge. I understand that providing false information may result in consequences as per the center's policies.

Parent/Guardian Name & signature: \_\_\_\_\_

- أتعهد بأن المعلومات التي قدمتها عن طفلي في هذه الإستمارة هي دقيقة بحسب علمي. وأتفهم أن تقديم معلومات غير صحيحة قد يؤدي إلى عواقب وفقاً لسياسة المركز. أسم و توقيع الوالد/الوصي: \_\_\_\_\_

Dear Parent, thank you for completing this form. We will get in touch with you soon.  
Best wishes from the Alfarah Center team.

ولي الأمر العزيز، شكراً لك على تعبئة هذه الإستمارة. سنتصل بك في أقرب وقت.

أطيب التمنيات من فريق العمل بمركز الفرّح لتأهيل أصحاب الهمم.

You may email the completed form

بإمكانكم إرسال الإستمارة المعبأة عبر البريد الإلكتروني

[admin@alfarahcenter.com](mailto:admin@alfarahcenter.com)