



DUBAI CENTER for SPECIAL NEEDS  
مركز دبي للرعاية الخاصة

## STUDENT APPLICATION FORM

TODAY'S DATE: \_\_\_\_\_

### STUDENT'S DETAILS:

Child's Name:	_____
Family/Last Name:	_____
Date of Birth:	_____ Nationality: _____ Sex: Male/Female (Day/Month/Year)
Disability/Diagnosis:	_____
Referred by (i.e Google, social media, doctor/therapist):	_____
Previous School/Center:	_____

### CONTACT DETAILS:

Home Address:	_____ City: _____
P.O. Box Number:	_____ Home Telephone Number: _____

### FATHER'S DETAILS:

Full Name:	_____
Employer/Profession:	_____
Job Title:	_____ Email Address: _____
Telephone No (Office):	_____ Mobile: _____

### MOTHER'S DETAILS:

Full Name:	_____
Employer/Profession:	_____
Job Title:	_____ Email Address: _____
Telephone No (Office):	_____ Mobile: _____

### EMERGENCY CONTACT/S:

1) Full Name:	_____ Telephone Number: _____
2) Full Name:	_____ Telephone Number: _____



DUBAI CENTER for SPECIAL NEEDS  
مركز دبي للرعاية الخاصة

## مركز دبي للرعاية الخاصة إستمارة تسجيل

التاريخ: \_\_\_\_\_

### معلومات شخصية عن الطالب

الإسم:	_____
إسم العائلة:	_____
تاريخ الميلاد:	_____
الجنسية:	_____
الجنس:	ذكر/أنثى
اليوم/الشهر/السنة	_____
نوع الإعاقة:	_____
مرسل من قبل:	_____
المدرسة / المركز السابق:	_____

### تفاصيل للاتصال

عنوان المنزل	_____
المدينة:	_____
ص.ب.:	_____
هاتف المنزل:	_____

### معلومات عن الأب

الإسم:	_____
مكان العمل:	_____
مهنة الأب:	_____
هاتف العمل:	_____
بريد إلكتروني:	_____
الهاتف النقال:	_____

### معلومات عن الأم

الإسم:	_____
مكان العمل:	_____
مهنة الأم:	_____
هاتف العمل:	_____
بريد إلكتروني:	_____
الهاتف النقال:	_____

### أرقام الهواتف في الحالات الطارئة

١. الإسم:	_____
الرقم:	_____
٣. الإسم:	_____
الرقم:	_____