



This form is for Preschool, Pre-k, and Kindergarten students

General Information

Student's full name اسم الطالب	Grade/ Section الصّف \ الشّعبة
Place of birth مكان الميلاد	Date of birth تاريخ الميلاد (ميلادي)
Father's full name اسم الأب	Mobile number رقم الجوال
Secondary contact الرّقم البديل	Mobile number رقم الجوال
Detailed Address العنوان المفصّل	Home number رقم المنزل

Physical/Psychological Status

Case	Yes	No	Case	Yes	No	Case	Yes	No
Hearing Impairment ضعف في السّمع			Weak Eyesight ضعف في النظر			Diabetes سكّري		
Anemia فقر الدّم			Hereditary Blood Disease أمراض الدّم الوراثية			Hypertension ارتفاع ضغط الدّم		
Frequent Urination تبوّل متكرّر			Epileptic Seizures نوبات الصّرع			Asthma الرّبو		
ADHD اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة			Speech Delay تأخر بالنطق			Muscular Dystrophy ضمور بالعضلات		
Allergies (if any) حساسيه								
Other (Please mention) الحالات الغير مذكورة في الجدول								

Parent's signature

--