

الرجاء لصق  
صورة شخصية  
للطالب



مدرسة الراشد الصالح الخاصة / دبي  
Al Rashid Al Saleh Private School / Dubai  
طلب التحاق طالب للعام الدراسي 2027/2026 م

الصف المراد التسجيل به:	تاريخ تقديم الطلب:	/ / 20 م
اسم الطالب/ة:		
تاريخ الميلاد:	مكان الميلاد:	/ / 20 م
الجنس:	الجنسية:	
الديانة:	عنوان السكن :	الإمارة : المنطقة :
الطالب موجود داخل الدولة:	<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم	
تفاصيل المدرسة السابقة:	نوع النقل:	من داخل دبي <input type="checkbox"/> إمارة اخرى <input type="checkbox"/> خارج الدولة
	نوع المنهاج:	بريطاني <input type="checkbox"/> أمريكي <input type="checkbox"/> وزاري

الرجاء تعبئة البيانات التالية في حال وجود أخوة في المدرسة:

اسم الأخ / الأخت	الصف والشعبة	رقم الباص

بيانات الأسرة:

الاسم:	المؤهل العلمي:	
بيانات الأب:	رقم الهاتف:	الوظيفة:
E – mail		
الاسم:	المؤهل العلمي:	
بيانات الأم:	رقم الهاتف:	الوظيفة:
E – mail		

خاص بقسم المحاسبة:

كودولي الأمر: .....	توقيع المحاسب	الختم
ملاحظات:		

\*\* حالة الوالدين :  يعيشان معاً  منفصلان  الأب متوفى  الأم متوفية  كلاهما متوفيان

❖ بيانات خاصة :

► إذا كان الوالدين منفصلين :

الطالب في حضانة:  الأب  الأم  أخرى  الجد

► إذا كان أحد الوالدين متوفي أو كلاهما :

الطالب يعيش مع:  الأب  الأم  أخرى  الجد

صلة القرابة: ..... اسم ولد الأمر: .....

رقم الهوية الوطنية: ..... رقم الهاتف: .....

ملاحظة: الرجاء إرفاق صورة عن الوصاية القانونية

❖ هل يعاني الطالب من مرض مزمن:  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة ب (نعم) أرجو توضيح الحالة وإحضار تقرير طبي:

.....  
❖ هل يعاني الطالب من إعاقة دائمة:  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة ب (نعم) أرجو توضيح الحالة وإحضار تقرير طبي:

❖ هل يحتاج الطالب إلى رعاية صحية خاصة:  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة ب (نعم) أرجو توضيح الحالة:

❖ في الحالات التي تستدعي وجود مرافق (Shadow Teacher) للطالب خلال الدوام يتحمل ولد الأمر مسؤولية التكاليف المترتبة على ذلك:  لا  أتفق

في حالة تم تصنيف الطالب على أنه (احتياجات تعليمية خاصة) يحق للمدرسة تقاضي رسوم إضافية مقابل الخدمات المقدمة له بما لا يزيد عن 50% من الرسوم الدراسية للطالب.

رقم الاتصال في حالة الطوارئ:

..... -1  
..... إسم الشخص

..... -2  
..... إسم الشخص

- تقديم طلب الالتحاق لا يعني قبول تسجيل الطالب في المدرسة، فلا يعتبر الطالب مقبولاً إلا بعد اجتيازه الاختبار والمقابلة الشخصية وحسب إمكانية توفر المقاعد الشاغرة.
- يقبل الطالب في الروضة الأولى إذا كان تاريخ ميلاده بين (31/12/2022 وحتى 1/1/2022).
- يقبل الطالب في الروضة الثانية إذا كان تاريخ ميلاده بين (31/12/2021 وحتى 1/1/2021).
- يقبل الطالب في الصف الأول الأساسي إذا كان تاريخ ميلاده بين (31/12/2020 وحتى 1/1/2020).

## الرسوم الدراسية

### الطلبة المسجلون في المدرسة :

- بالنسبة للطلبة المستجدين وتباعاً لإطار عمل ضبط الرسوم الدراسية السنوية المعتمد لدى الهيئة ، يحق للمدرسة تقاضي من أولياء الأمور بنسبة لا تتعدي 10% من قيمة الرسوم المدرسية السنوية ( يتم خصمها من قسط الفصل الدراسي الأول ) خلال فترة لا تتجاوز أسبوع من إصدار المدرسة رسالة قبول التحاق الطالب فيها.
- رسوم طلب التسجيل 525 درهم شاملة الضريبة غير مستردة ولا يمكن المطالبة باستردادها عند إلغاء

تسجيل الطالب بتاتاً، مفصلة كالتالي:

100 درهم رسوم امتحان القبول.

425 درهم استكمال رسوم التسجيل للطالب الذي تم قبوله في المدرسة.

- رسوم حجز مقعد حافلة مدرسية ( لمن يرغب ) 1000 درهم ، يسترد منه 500 درهم فقط عند إلغاء تسجيل الطالب قبل بداية العام الدراسي.

- يتم دفع مبلغ 500 درهم كمقدم للكتب المدرسية ( لمن يرغب بالكتب )، وفي حال الإلغاء في بداية العام يكون المبلغ غير مسترد، علماً بأن المدرسة غير ملزمة بتوفير كتب متفرقة للطلبة خلال العام الدراسي.
- تقدمت المدرسة بطلب زيادة الرسوم الدراسية و المواصلات ونحن بانتظار الموافقة من هيئة المعرفة.

### استرداد الرسوم الدراسية :

في حال انتقال الطالب من المدرسة خلال العام الدراسي سيتم خصم الرسوم وفقاً لإطار عمل ضبط الرسوم الدراسية كما يلي:

- إذا كان الطالب مسجلاً في المدرسة لمدة أسبوعين أو أقل، يتم احتساب شهر من قيمة الرسوم المدرسية.
- إذا كان الطالب مسجلاً في المدرسة لمدة تزيد عن أسبوعين وشهر كحد أقصى، يتم احتساب شهرين من قيمة الرسوم المدرسية.
- إذا كان الطالب مسجلاً في المدرسة لأكثر من شهر، يتم احتساب قيمة الفصل الدراسي كاملاً.

## إقرار

الرجاء قراءة وتوقيع البيان التالي :

- يتم استكمال إجراءات التسجيل ( الرسوم الدراسية ) خلال أسبوع من تاريخ اختبار القبول، بعد هذا الموعد نعتذر عن تسجيل الطالب.
- يجب على طلبة ( الصف العاشر حتى الثاني عشر ) المنتقلين من منهج أمريكي أو بريطاني من داخل الدولة أو المنتقلين من خارج الدولة الحصول على شهادة معادلة من وزارة التربية والتعليم.
- يعتبر تسجيل الطالب لاغياً إذا لم يتم استكمال جميع الأوراق الثبوتية الالزمة للتسجيل قبل بداية العام الدراسي 2027/2026.
- أنا الموقع أدناه أفوض العاملين في المجال الطبي أو أي موظف طبي مؤهل لإدارة العلاج أن يشرف في حالات الطوارئ أو الإسعافات الأولية على طفلي أثناء الدوام المدرسي العادي أو أثناء أي نشاط مدرسي . وفي حالة الطوارئ وإذا تعذر الإتصال بي فإني أفوض المدرسة بإرسال طفلي إلى المستشفى أو المركز الطبي لتلقي العلاجات الضرورية .
- أنا الموقع أدناه أقر بأن جميع البيانات صحيحة، ولن أطالب المدرسة بالأوراق الثبوتية التي قدمت بغرض التسجيل، سواء تم قبول الطلب أو رفضه، وفي حال إخفاء أي من البيانات الشخصية يحق لإدارة المدرسة رفض التحاق الطالب أو إلغاء التسجيل.
- أتعهد باستكمال جميع الأوراق الثبوتية المطلوبة لإجراءات التسجيل قبل بداية العام الدراسي وخلاف ذلك يعتبر التسجيل لاغياً.

التوقيع بالعلم: .....  
اليوم والتاريخ : ..... / ..... / ..... م 20

النسخة الإلكترونية هي النسخة المضبوطة وفق إجراء ضبط الوثائق. النسخ الورقية غير مضبوطة وتقع على مسؤولية حاملها.

يسمح بالوصول وبالاحتفاظ بهذه الوثيقة مع مصدرها أو مع المسؤول عن تطبيقها أو مع المطبق عليهم.

تصنيف أمن المعلومات:  بيانات مفتوحة  مشارك - خاص  مشارك - حساس  مشارك - سري

صورة

شخصية

إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية  
الاستمارة الصحية للطالب/الطالبة ونموذج الموافقة العامة

عزيزي ولـي أمر الطالب/الطالبة:

الرجاء مراعاة الدقة في ملئ الاستمارة التالية وذلك حفاظاً على صحة وسلامة ابنكم/ابنكم ومتابعة حالتهم الصحية خلال العام الدراسي.

معلومات المدرسة:

اسم المدرسة: ..... الصـف: ..... الشـعبـة: .....

معلومات الطالب / الطالبة:

الاسم: ..... الجنس: .....

تاريخ الميلاد: ..... الجنسية: .....

اسم ولـي الأمر أو الوصـي الشرعي: ..... صلة القرابة: .....

رقم الهاتف المتحرك (1): ..... رقم الهاتف المتحرك (2): .....

الإـمـارـة: ..... البرـيد الإـلـكـتـرـوـنيـ: .....

في حال الطوارئ ولم تتمكن من الوصول إليـكـمـ يمكنـناـ الاتـصالـ بـ: .....

الاسم: ..... رقم الهاتف المتحرك: ..... صلة القرابة: .....

المرفقات المطلوبة:

رقم بطاقة الهوية: .....	نعم <input checked="" type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	صورة من بطاقة الهوية
.....	نعم <input checked="" type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	صورة من جواز السفر
.....	نعم <input checked="" type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	بطاقة الاقحاحات الأصلية أو صورة محدثة عنها
رقم البطاقة الصحية (إن وجدت) .....	نعم <input checked="" type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	صورة من البطاقة الصحية (إن وجدت)
.....	نعم <input checked="" type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	صورة من بطاقة التأمين الصحي (إن وجدت)

التاريخ الطبي للطالب/الطالبة

الملاحظات	لا	نعم	المشاكل الصحية	
هل يعاني الطالب/الطالبة من أي حساسية دواء /أطعمة /أبخرة؟ يرجى ذكرها إن وجدت			1	
هل يعاني الطالب/الطالبة من مشاكل في القلب؟			2	
هل يعاني الطالب/الطالبة من مرض السكري؟			3	
هل يعاني الطالب/الطالبة من مرض ارتفاع ضغط الدم؟			4	
هل الطالب/الطالبة مصاب بالربو؟			5	

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
MP_0.0.0_F00	01	Jan 01, 2024	Jan 01, 2024	Jan 01, 2027	1/2

			هل يعاني الطالب/الطالبة من مشاكل في الكلى؟	6
			هل يعاني الطالب/الطالبة من نوبات صرع أو نوبات تشنج؟	7
			هل يعاني الطالب/الطالبة من رعاف متكرر (نزيف الأنف)؟	8
			هل الطالب/الطالبة مصاب بمرض أنيميا القول (G6BD) تكسر الدم؟	9
			هل الطالب/الطالبة مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (الثلاثيما، الأنيميا المنجلية، الهيموفيليا.....)؟ يرجى ذكر المرض إن وجد	10
			هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل جلدية؟	11
			هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل في العيون (طول نظر أو قصر نظر)؟ يرجى ذكر المرض إن وجد	12
			هل يعاني الطالب/الطالبة من مشاكل في السمع	13
			هل يستخدم الطالب/الطالبة أجهزة طبية مساعدة؟ ما هي؟	14
			هل سبق أن أجريت للطالب/الطالبة عمليات جراحية؟ ما هي إن وجدت؟	15
			هل أدخل الطالب/الطالبة للمستشفى من قبل؟ اذكر السبب في حال كانت الإجابة نعم	16
			هل يعاني الطالب/الطالبة من أي حالة قد تضعف الجهاز المناعي مثل السرطان (سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية) أو زراعة الأعضاء؟ يرجى ذكرها إن وجدت	17
			هل تعرض الطالب/الطالبة لنقل دم أو أجسام مضادة أو بلازما في السابق؟	18
			هل أصيب الطالب/الطالبة بأحد الأمراض التالية: (النكاف، الحصبة، الدفتيريا، السعال الديكي، الجدري المائي، السل)؟ يرجى ذكر المرض إن وجد	19
			هل أصيب الطالب/الطالبة بعذوى التهاب الكبد الفيروسي؟	20
			هل أصيب الطالب/الطالبة بعذوى شلل الأطفال؟	21
			هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل نفسية أو سلوكية؟ يرجى ذكرها إن وجدت	22
			هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل أو أمراض أخرى لم يتم ذكرها؟ يرجى ذكر المرض إن وجد	23

**إذا كان الطالب/الطالبة يعاني من إحدى المشاكل الصحية المذكورة أعلاه أو غيرها، يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية**

الأدوية والعلاجات التي يتناولها الطالب/الطالبة بشكل متواصل أو عند حدوث أزمة صحية اسم الدواء: ..... الجرعة: .....
الأدوية الموصى بها في حالة الطوارئ اسم الدواء: .. الجرعة: .....
توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج تتعلق بالغذية .....
توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج تتعلق بالرياضة والنشاط البدني .....
توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج لطبيب/ممرض المدرسة للقيام بها أثناء اليوم الدراسي .....

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
MP_0.0.0_F00	01	Jan 01, 2024	Jan 01, 2024	Jan 01, 2027	2/2



تارikh العائلة الصحية				
المشكلات الصحية	نعم	لا	ملاحظات	
أمراض القلب و ضغط الدم				1
مرض السكري				2
أمراض الدم الوراثية (الثلاسيمية، الأنيميا المنجلية، وغيرها.....)				3
أمراض السرطان				4
أمراض الجهاز المناعي				5
مشكلات الصحة النفسية				6
أخرى، حدد				7
<p>أنا الموقع أدناه أوفق على تقديم خدمات علاجية و/أو وقائية بواسطة طبيب أو ممرض المدرسة قد تشمل الإسعافات الأولية، وقياس الوزن والطول، وقياس القدرة البصرية، وفحص السمع، وفحص الأسنان، والفحص الطبي الشامل، وإجراء التحويلات إلى أقسام الطوارئ، وإعطاء الأدوية عند الضرورة، وتطبيق خطة المعالجة الفردية المتفق عليها مع الطبيب المعالج وولي الأمر أو الوصي الشرعي.</p>				
<p>إقرار ولي الأمر أو الوصي الشرعي بصحة المعلومات الواردة في الاستماراة والموافقة على تقديم خدمات علاجية و/أو وقائية</p> <p><input type="checkbox"/> أقر أن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة</p> <p><input type="checkbox"/> أوفق على إعطاء الخدمات الصحية المشار إليها أعلاه</p> <p><input type="checkbox"/> لا أوفق على إعطاء الخدمات الصحية المشار إليها أعلاه (في حال عدم موافقتك، يرجى العلم بأنه لن يستطيع الطاقم الطبي المدرسي تقديم هذه الخدمات عند الحاجة لها إلا في الحالات الطارئة القصوى التي تلزم التدخل السريع)</p>				
<p>..... صلة القرابة: ..... ..... توقيع ولي الأمر/ الوصي الشرعي: ..... ..... توقيع ولي الأمر/ الوصي الشرعي: .....التاريخ: .....</p>				
ملاحظات:				
<ul style="list-style-type: none"><li>يرجى إرفاق كافة التقارير الطبية الخاصة بالحالة الصحية للطالب/الطالبة إن وجدت</li><li>إن من مسؤولية ولي أمر الطالب/الطالبة إبلاغ عيادة الصحة المدرسية عن أي تغيير في الحالة الصحية للطالب/الطالبة وارفاق التقارير اللازمة لإضافتها إلى الملف الصحي.</li><li>يرجى طلب تحديث الاستماراة الصحية/ و نموذج الموافقة العامة في بداية كل عام دراسي جديد و كلما لزم الأمر</li></ul>				

في حال وجود استفسارات الرجاء الاتصال بممرض أو طبيب المدرسة

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
MP_0.0.0_F00	01	Jan 01, 2024	Jan 01, 2024	Jan 01, 2027	3/2