



الرجاء لصق
صورة شخصية
للطالب

مدرسة الراشد الصالح الخاصة / دبي
Al Rashid Al Saleh Private School / Dubai
طلب التحاق طالب للعام الدراسي 2026/2025 م

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

الرجاء تعبئة البيانات التالية في حال وجود أخوة في المدرسة:

اسم الأخ / الأخت	الصف والشعبة	رقم الباص

بيانات الأسرة:

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

خاص بقسم المحاسبة:

كود ولي الأمر:	توقيع المحاسب	الختم
ملاحظات:		

** حالة الوالدين : يعيشان معاً منفصلان الأب متوفي الأم متوفية كلاهما متوفيان
❖ بيانات خاصة:

➤ إذا كان الوالدين منفصلين :

الطالب في حضانة: الأب الأم الجد أخرى

➤ إذا كان أحد الوالدين متوفي أو كلاهما :

الطالب يعيش مع : الأب الأم الجد أخرى

اسم ولي الأمر:

رقم الهاتف:

صلة القرابة:

رقم الهوية الوطنية:

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 ولي الأمر مسؤولية التكاليف المترتبة على ذلك: أوافق لا أوافق

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 **(2020/9/1 وحتى 2021/8/31)**.
- يقبل الطالب في الروضة الثانية إذا كان تاريخ ميلاده بين **(2019/9/1 وحتى 2020/8/31)**.
- يقبل الطالب في الصف الأول الأساسي إذا كان تاريخ ميلاده بين **(2018/9/1 وحتى 2019/8/31)**.

الرسوم الدراسية

الطلبة المسجلون في المدرسة :

- بالنسبة للطلبة المستجدين وتبعاً لإطار عمل ضبط الرسوم الدراسية السنوية المعتمده لدى الهيئة ، يحق للمدرسة تقاضي من أولياء الأمور بنسبة لا تتعدى 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.

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 المرحلة الثانوية (**الصف التاسع حتى الثاني عشر**) المنتقلين من **منهج أمريكي أو بريطاني** الحصول على شهادة معادلة من وزارة التربية والتعليم.
- يعتبر تسجيل الطالب لاغياً إذا لم يتم استكمال جميع الأوراق الثبوتية اللازمة للتسجيل قبل بداية العام الدراسي 2026/2025.
- 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 أطلب المدرسة بالأوراق الثبوتية التي قُدمت 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 : / / 20م



النسخة الإلكترونية هي النسخة المضبوطة وفق إجراء ضبط الوثائق. النسخ الورقية غير مضبوطة وتقع على مسؤولية حاملها.
يسمح بالوصول وبالاتفاظ بهذه الوثيقة مع مصدرها أو مع المسؤول عن تطبيقها أو مع المطبق عليهم.
تصنيف امن 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 ولي أمر الطالب/الطالبة:

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

معلومات المدرسة:	
اسم المدرسة:	.....
الصف:	.....
الشعبة:	.....
معلومات الطالب / الطالبة:	
الاسم:	.....
تاريخ الميلاد:	.....
الجنسية:	.....
الجنس:	.....
اسم ولي الأمر أو الوصي الشرعي:	.....
صلة القرابة:	.....
رقم الهاتف المتحرك (1):	.....
رقم الهاتف المتحرك (2):	.....
البريد الإلكتروني:	.....
الإمارة:	.....
في حال الطوارئ ولم تتمكن من الوصول إليكم، يمكننا الاتصال بـ:	
الاسم:	.....
صلة القرابة:	.....
رقم الهاتف المتحرك:	.....

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

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

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



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

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 بالتغذية

.....

توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج تتعلق بالرياضة والنشاط البدني

.....

توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج /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



تاريخ العائلة الصحي				
ملاحظات	لا	نعم	المشكلات الصحية	
			أمراض القلب و ضغط الدم	1
			مرض السكري	2
			أمراض الدم الوراثية (الثلاسيميا، الأنيميا المنجلية، وغيرها.....)	3
			أمراض السرطان	4
			أمراض الجهاز المناعي	5
			مشكلات الصحة النفسية	6
			أخرى، حدد	7
<p>أنا الموقع أدناه أوافق 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 الاستمارة والموافقة على تقديم خدمات علاجية و/أو وقائية</p> <p><input type="checkbox"/> أقر أن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة</p> <p><input type="checkbox"/> أوافق على إعطاء الخدمات الصحية المشار إليها أعلاه</p> <p><input type="checkbox"/> لا أوافق على إعطاء الخدمات الصحية المشار إليها أعلاه (في حال عدم موافقتكم، يرجى العلم بأنه لن يستطيع الطاقم الطبي المدرسي تقديم هذه الخدمات عند الحاجة لها الا في الحالات الطارئة القصوى التي تلزم التدخل السريع)</p> <p>اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي: صلة القرابة:</p> <p>توقيع ولي الأمر/ الوصي الشرعي: التاريخ:</p>				
ملاحظات:				
<ul style="list-style-type: none"> يرجى إرفاق كافة التقارير الطبية الخاصة بالحالة الصحية للطالب/الطالبة إن وجدت إن من مسؤولية ولي أمر الطالب/الطالبة ابلاغ عيادة الصحة المدرسية عن أي تغيير في الحالة الصحية للطالب/الطالبة ورفاق التقارير اللازمة لإضافتها إلى الملف الصحي. يرجى طلب تحديث الاستمارة الصحية/و نموذج الموافقة العامة في بداية كل عام دراسي جديد و كلما لزم الامر 				

في حال وجود استفسار 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