



BRITISH MODERN INTERNATIONAL SCHOOL

المدرسة البريطانية الحديثة الدولية

The Gateway To Quality Education | بوابة التعليم الجيد

Al Messila, Madinath Khalifa South, Doha, Qatar

Phone No. 44325904

Mobile No.: 55575466 / 55599851

Email: Bmisdoha@gmail.com

Website: www.bmisdoha.com



APPLICATION FOR ADMISSION

| NO. | GENERAL INFORMATION | | | |
|---|---|--|--|--|
| 1 | Student's Full Name: | | | |
| 2 | QID No.: | | | |
| 3 | Date of Birth: (According to the Birth Certificate) | | | |
| 4 | Age: <input type="checkbox"/> | Gender: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Religion | Nationality |
| 5 | Previous Schooling: | | | |
| | Name of School | Country | Grade | Curriculum (UK/US/Other) |
| | • | | | |
| | • | | | |
| | • | | | |
| 6 | Requested Year Group | | | |
| Students are normally allocated to a year according to their age. Please complete the following ONLY if you are requesting for a specific year: Kindergarten: _____ Grade: _____. | | | | |
| Is the student already in Qatar? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | |
| If no, enter the expected date of arrival: _____ | | | | |
| 7 | Name of Parent/Guardian: | | Father's Name: _____ QID No: _____ Contact No.: _____ Email: _____ Mother's Name: _____ QID No: _____ Contact No.: _____ Email: _____ | |
| 8 | Occupation: | | Father: _____ Mother: _____ | |
| 9 | Details of Brother/Sister Already in BMIS | | | |
| | Name | Class | Name | Class |
| | | | | |
| | | | | |
| 9 | Residential Address: | | House No.: _____ Street: _____ Zone: _____ Area: _____ | |
| 10 | Mode of Transportation | | School Bus: <input type="checkbox"/> Private Car: <input type="checkbox"/> | |
| 11 | Medical History: (Other diseases suffered by the students) | | Allergy <input type="checkbox"/> | Diabetes <input type="checkbox"/> Heart Ailment <input type="checkbox"/> |

Principal Name & Signature

Parents/Guardian Names & Signature

HEALTH INFORMATION(المعلومات الصحية)

Student Name: _____

1. Please check if your child has any of the following. (Translate in Arabic)

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> | ربو (حساسية صدرية) | Measles | <input type="checkbox"/> | الحصبة |
| Chicken Pox | <input type="checkbox"/> | الحصبة | Mumps | <input type="checkbox"/> | نكافية |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | مرض السكري | Recurrent Cough | <input type="checkbox"/> | السعال المتكرر |
| Eczema | <input type="checkbox"/> | حساسية جلدية | Recurrent earache | <input type="checkbox"/> | وجع الأذن المتكرر |
| Heart Disease | <input type="checkbox"/> | امراض القلب | Scarlet Fever | <input type="checkbox"/> | حمى قرمزية |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | التهاب الكبد | Seizures (fits) | <input type="checkbox"/> | الصرع (تشنجات) |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> | ارتفاع ضغط الدم | Syncope (dizzy spells) | <input type="checkbox"/> | إغماء (نوبات دوام) |
| Malaria | <input type="checkbox"/> | ملاريا | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | مرض السل |
| Recurrent Epitasis (nosebleed) | <input type="checkbox"/> | رعاف متكرر (الرعاف) | Recurrent Gastric Upset | <input type="checkbox"/> | أمراض المعدة المتكرر |

2. Has your child ever hospitalized? Yes No

هل تم إدخال ابنكم /بنتكم المشفى

If (Yes) _____ إذا (نعم)

Please indicate the date of entry and explain the reasons for entering the hospitalized:

الرجاء ذكر تاريخ الدخول مع شرح موجز عن اسباب دخول

.....
.....
.....

3. Does your child use:

هل يقوم ابنكم /إبنتكم باستخدام

| | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------------------|-------------|
| Hearing aid | <input type="checkbox"/> | سماعة للأذن | Glasses | <input type="checkbox"/> | نظارات طبية |
| Right ear | <input type="checkbox"/> | الأذن اليمنى | Contact Lens | <input type="checkbox"/> | عدسات طبية |
| Left ear | <input type="checkbox"/> | الأذن اليسرى | All the Time | <input type="checkbox"/> | طوال الوقت |
| Both ears | <input type="checkbox"/> | الأذنين | Reading only | <input type="checkbox"/> | للقراءة فقط |

4. Please list any allergies and their effects:

الرجاء ذكر أى نوع من انواع الحساسية

Rash طفح جلدى

Wheezing تنفس بصفير

Seizures تشنجات (صرع)

Vomiting القيء

Difficulty Breathing صعوبة التنفس

Bee Sting لدغة النحل
Ants Bite لدغة النمل

5. My child may be given and use:

أسمح لابنى بتناول واستعمال:

Panadol بندول:

Strepsil حبوب مص

Eye Dropper قطارة للعيون

Throat Spry بخاخ للحلق

Ear Dropper قطارة للانف

Skin Cream كريم للبشرة

6. Please list any food allergies

الرجاء ذكر المأكولات التى يتناولها ابنكم /أبنتكم

.....
.....

7. Please list any medication your child is using

الرجاء كتابة الأدوية التي يتناولها ابنكم / إبننتكم

.....
.....
.....

8. Please list any other health information which would enable us to assess activities and their risks:

الرجاء توضيح المعلومات الصحية التي تمكننا من الحفاظ على سلامة إبنكم / إبننتكم

.....
.....
.....

9. In case of emergency contact:

في حالة الطوارئ الاتصال على :

| | |
|-----------------|-------------|
| Name: | الأسم |
| Relation: | صلة القرابة |
| Phone: | الهاتف |

| | |
|-----------------|-------------|
| Name: | الاسم |
| Relation: | صلة القرابة |
| Phone: | الهاتف |

NOT A PARENT:

في حالة ليس ولي الامر

| | |
|-----------------|-------------|
| Name: | الاسم |
| Relation: | صلة القرابة |
| Phone: | الهاتف |

Signature of Parent / Guardian:

توقيع ولي أمر الطالب