



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="text"/>	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 دوارة)
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/ابنتكم 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	<input type="checkbox"/>	طفح جلدى	Wheezing	<input type="checkbox"/>	تنفس بصفير
Seizures	<input type="checkbox"/>	تشنجات (صرع)	Vomiting	<input type="checkbox"/>	القيء
Difficulty Breathing	<input type="checkbox"/>	صعوبة التنفس	Bee Sting	<input type="checkbox"/>	لدغة النحل
			Ants Bite	<input type="checkbox"/>	لدغة النمل

5. My child may be given and use:

أسمح لابنى بتناول واستخدام:

Panadol	<input type="checkbox"/>	بندول:	Strepsil	<input type="checkbox"/>	حبوب مص
Eye Dropper	<input type="checkbox"/>	قطارة للعيون	Throat Spry	<input type="checkbox"/>	بخاخ للحلق
Ear Dropper	<input type="checkbox"/>	قطارة للانف	Skin Cream	<input type="checkbox"/>	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:	الاسم
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