

FUTURE REHABILITATION CENTRE مركز المستقبل للتأهيل



Form No (for office use only)

Date: _____ : التاريخ

Application for الغرض من تقديم الطلب	Paste Child's Photo	Child's Name: _____ : اسم الطالب
		Family Name: _____ : اسم العائلة
	Date of birth: _____ : تاريخ الميلاد	
	Sex: Male/Female _____ : الجنس : ذكر / انثى	
	Nationality: _____ : الجنسية	
	Diagnosis: _____ : التشخيص	
	First Language: _____ : اللغة الأولى	
	Second Language: _____ : اللغة الثانية	

- Admission
الالتحاق / التسجيل بالمركز
- Assessment
Service
خدمة التقييم
- Assessment –
People of
Determination Card
تقييم - بطاقة أصحاب الهمم

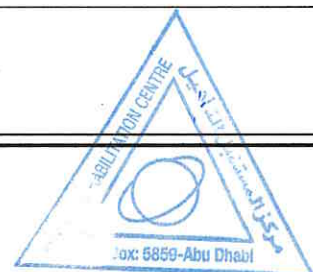
Parents' Information

معلومات عن الوالدين

E-mail Address: _____	البريد الإلكتروني : _____
Tel. Home: _____	هاتف المنزل : _____
Residence (City/Area/Street): _____	مكان السكن (المدينة / المنطقة / الشارع) : _____
Father's Mobile #: _____	رقم جوال الأب : _____
Father's Profession: _____	وظيفة الأب : _____
Place of work: _____	مكان العمل : _____
Mother's Mobile #: _____	رقم جوال الأم : _____
Mother's Profession: _____	وظيفة الأم : _____
Place of work: _____	مكان العمل : _____
Parent's First Language: _____	اللغة الأولى للوالدين : _____

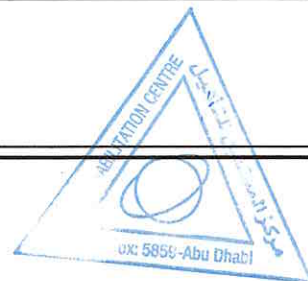
Revised FRC Intake Form 0423

1

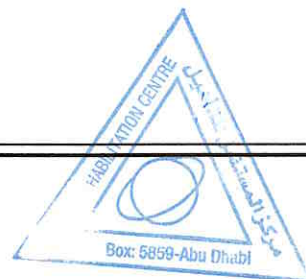


Medical History**التاريخ المرضي**

Were there any complications during pregnancy? Yes / No If YES, please explain:	هل هنالك صعوبات أثناء فترة الحمل؟ نعم / لا إذا نعم ، نرجو الإيضاح :
Were there any complications at birth? Yes / No If YES, please explain:	هل هنالك صعوبات أثناء الولادة؟ نعم / لا إذا نعم ، نرجو الإيضاح :
Has your child been hospitalized? Yes / No If YES, please explain:	هل أدخل المستشفى سابقاً؟ نعم / لا إذا نعم ، نرجو الإيضاح :
Are there any disabilities in either family? Yes / No If YES, please explain:	هل توجد اي حالة اعاقه في العائلة؟ نعم / لا إذا نعم ، نرجو الإيضاح :
Does the child have any health conditions such as Seizures/Asthma/Diabetes/others? If YES, Please Specify:	هل يعاني الطفل من أي مشاكل صحية : مثل نوبات الصرع / الربو / السكري / غيرها ؟ إذا اجبت بنعم ، نرجو ذكرها :
List any medication taken by the child: Current:	قائمة بالأدوية التي يأخذها طفلك : حالياً :
Previous:	سابقاً :
Any allergies to food/medicine? Yes / No If YES, please explain:	هل يعاني من حساسية من الطعام أو/الأدوية ؟ نعم / لا إذا نعم ، نرجو الإيضاح :



Developmental History	مراحل النمو
At what age did your child Sit alone: Walk: Spoke first words: Grasp a pencil and make scribbles:	بأي عمر قام طفلك بفعل/ أذكر العمر التقريبي للمهارات التالية الجلوس بمفرده : المشي : تحدث كلماته الأولى : مسك القلم والقيام بأي خربشات:
Self-help skills	مهارات الإعتماد على النفس
Feeding independent / dependent: Please indicate if there are feeding or swallowing difficulties.	التغذية يعتمد على نفسه / يعتمد على الآخرين: يرجى توضيح ما إذا كانت هناك صعوبات في التغذية أو البلع.
Toileting independent / dependent:	الذهاب الى الحمام يعتمد على نفسه / يعتمد على الآخرين :
Dressing independent / dependent:	اللباس يعتمد على نفسه / يعتمد على الآخرين :
Mobility independent / dependent:	المهارات الحركية يعتمد على نفسه / يعتمد على الآخرين :
Communication: <ul style="list-style-type: none"> ○ Means of communication – Verbal / Non-verbal gestures / AAC ○ Uses single words/sentences (how many words to be mentioned) ○ Doesn't Communicate 	التخاطب : <ul style="list-style-type: none"> ○ طريقة التواصل – لفظي / غير لفظي / إيماءات/ AAC ○ يستخدم كلمات مفردة / جمل مع تحديد عدد الكلمات ○ لا يتواصل
Comprehension: <ul style="list-style-type: none"> ○ Follow instructions: Simple/Complex ○ Understand words/ sentences/ questions/ stories 	الاستيعاب : <ul style="list-style-type: none"> ○ يتبع التعليمات البسيطة/ المركبة ○ يفهم الكلمات / الجمل / الأسئلة / القصص



Problems Identified by Parents		الصعوبات التي يراها الوالدين			
Expected goals for the child		الأهداف التي يتوقعها الوالدين لأبنهم/ ابنتهم			
Programs/ School		البرامج / المدرسة			
Current Program/School	Month and Year of joining	شهر وسنة الالتحاق		البرامج الحالية / المدرسة	
Previous Program/School	Month and Year of		الشهر والسنة لـ		البرامج السابقة / المدرسة
	Joining Date	End Date	تاريخ الالتحاق	تاريخ الانتهاء	
Therapy Services		الخدمات العلاجية			
Current	Services Provided by	Month and Year of joining	شهر وسنة الالتحاق	الخدمات المقدمة من قبل	الحالية
Speech and Language					علاج النطق واللغة
Occupational Therapy					العلاج الوظيفي
Physiotherapy					العلاج الطبيعي
Behaviour Therapy					العلاج السلوكي
Previous	Services provided by	Month and Year of		شهر وسنة الالتحاق	الخدمات المقدمة من قبل
		Joining Date	End Date	تاريخ الالتحاق	تاريخ الانتهاء
Speech and Language					علاج النطق واللغة
Occupational Therapy					العلاج الوظيفي
Physiotherapy					العلاج الطبيعي
Behaviour Therapy					العلاج السلوكي
Please provide the reason for discontinuing the services, if applicable.			يرجى ذكر السبب في حال التوقف عن الخدمة:		

Describe your child's interests and strengths:	ما هي اهتمامات طفلك ونقاط قوته:
Additional Information	معلومات إضافية
<p>Checklist of documents to be attached to complete the intake form:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Copy of Recent School Reports/Therapy Reports ○ Copy of Medical Report ○ Copy of Psychological Assessment Report ○ Copy of Emirates ID ○ Copy of PoD Card issued by MOCD (for Admission) <p>Please mention below if any of the documents are not available:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>قائمة بالوثائق المراد إرفاقها لاستكمال نموذج التعارف:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ نسخة من التقارير المدرسية / التقارير الجلسات العلاجية ○ نسخة من التقارير الطبية ○ نسخة من تقرير التقييم النفسي ○ نسخة من الهوية الاماراتية ○ نسخة من بطاقة أصحاب الهمم الصادرة من وزارة تنمية المجتمع (للالتحاق / التسجيل بالمركز) <p>يرجى الإشارة أدناه في حالة عدم توفر اي من المستندات المذكورة :</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Signature:

التوقيع:

Dear Parent, Thank you for completing this form. We will get in touch with you soon. Best wishes from the Future Centre team.

ولي الأمر العزيز ، شكراً لك على تعبئة هذا النموذج. سنتصل بك في اقرب وقت.

أطيب التمنيات من فريق العمل بمركز المستقبل للتأهيل.

