

3-Has your child received previous services?

3 - هل تلقى طفلك أي خدمات سابقة ؟

Yes (please provide details)

No

لا

نعم (الرجاء إعطاء التفاصيل)

4-Is there a family history of any disability disorders?

4 - هل هناك تاريخ عائلي لأي من المشاكل التعليمية أو الإعاقات ؟

Yes (please provide details)

No

لا

نعم (نرجو التوضيح)

Family Details:

تفاصيل عائلية:

Mother's Name : اسم الأم _____ Mobile : _____

Mother's Profession / وظيفة الأم : _____ Place of work / مكان العمل _____

Father's Name : اسم الأب _____ Mobile : _____

Father's Profession / وظيفة الأب : _____ Place of work / مكان العمل _____

Residence (City /Area / Street):: _____ : (الشارع / المنطقة / المدينة)

Email Address : البريد الإلكتروني: _____

Other important information? أي معلومات إضافية أخرى ؟

Terms and Conditions

الأحكام والشروط :

I confirm that I have received the Future Rehabilitation Centre's 'Afternoon Services Guidelines' and agree with the general rules.

أوافق على أنني استلمت الأوراق المتعلقة بسياسة ونظام عمل مركز المستقبل للتأهيل للخدمات المسبقة ووافق عليها .

Please be sure to attach any relevant reports and information before your appointment.

يرجى التأكد من إرفاق جميع التقارير والمعلومات ذات الصلة قبل موعدك .

Name: _____ : الإسم

Signature: _____ : التوقيع

Date: _____ : التاريخ

Thank you for completing this form. The information contained in this form is confidential and will not be distributed without your consent. شكرا لك على إكمال هذا النموذج. المعلومات الواردة في هذا النموذج هي سرية ولن يتم توزيعها دون موافقتك .

We look forward to working with you and your child.

ونحن نتطلع إلى خدمتكم .

