

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 :
<input type="checkbox"/> Admission الالتحاق / التسجيل بالمركز	Date of birth: تاريخ الميلاد :	
<input type="checkbox"/> Assessment Service خدمة التقييم	Sex: Male/Female الجنس : ذكر / انثى	
	Nationality: الجنسية:	
	Diagnosis: التشخيص :	
	First Language: اللغة الأولى:	
	Second Language: اللغة الثانية:	

Parents' Information

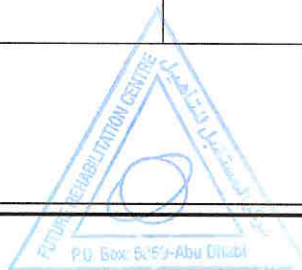
معلومات عن الوالدين

E-mail Address: البريد الالكتروني :	
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 :	
Parents' First Language: اللغة الأولى للوالدين :	

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: Previous:	قائمة بالأدويه التي يأخذها طفلك : حالياً : 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	السابقة
		Joining 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
Checklist of documents to be attached to complete the intake form: <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) Please mention below if any of the documents are not available:	قائمة بالوثائق المراد إرفاقها لاستكمال نموذج التعارف: <ul style="list-style-type: none"> ○ نسخة من التقارير المدرسية / التقارير العلاجية ○ نسخة من التقارير الطبية ○ نسخة من تقرير التقييم النفسي ○ نسخة من الهوية الاماراتية ○ نسخة من بطاقة أصحاب الهمم الصادرة من وزارة تنمية المجتمع (للتحاق / التسجيل بالمركز) يرجى الإشارة أدناه في حالة عدم توفر اي من المستندات المذكورة :

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 ، شكرًا لك على تعبئة هذا النموذج. سنتصل بك في اقرب وقت. أطيب التمنيات من فريق العمل بمركز المستقبل للتأهيل.

For FRC Administration use only
Received on :
Reviewed on:
Parents contacted on:
Admissions status notified on (if applicable) :
Notes / Comments :