



# STUDENT APPLICATION FORM STUDENT HEALTH FORM

استمارة تسجيل طالب جديد

At DMES, our primary value is fostering a school environment that promotes the health, safety, and wellbeing of students across all school educational and operational functions.

Kindly fill the form in order to allow the school to provide your child with the best possible school health and emergency care service

الرجاء ملأ هذا النموذج بدقة ليتسنى للمدرسة تقديم أفضل الخدمات الصحية والعناية الطارئة

Student Name

اسم الطالب

Grade/Section

الصف / الشعبة

Gender

الجنس

Date of Birth:

تاريخ الميلاد:

Father Name

اسم الأب

Mobile Number

رقم الهاتف

Home Phone

رقم المنزل

Mother Name

اسم الأم

Mobile Number

رقم الهاتف

Home Phone

رقم المنزل

In case of emergency, kindly communicate with

Primary Contact

Father

Mother

In case of emergency, which hospital do you prefer for the student?

Does the student have health insurance?

a. yes

b. No

c. If yes, kindly mention the insurance name.....

Emergency Contact (Other than parents)

Name

اسم Relationship

قراية

Mobile Number

رقم الهاتف

Home Phone

رقم المنزل