



نموذج تسجيل  
REGISTRATION FORM

Child Details (as per passport)

بيانات الطفل (مطابق لجواز السفر)

First Name

الاسم الأول

Middle Name

اسم الأب

Surname

اسم العائلة

Male  ذكر

Female  أنثى

تاريخ الميلاد  
DOB

اليوم day

الشهر month

السنة year

--	--	--

Nationality

الجنسية

Place of Birth

مكان الميلاد

Father's Name

أسم الأب

Mobile

الهاتف المتحرك

Profession

المهنة

e-Mail (BLOCK)

البريد الإلكتروني

Mother's Name

أسم الأم

Mobile

الهاتف المتحرك

Profession

المهنة

e-Mail (BLOCK)

البريد الإلكتروني

Residence Phone

هاتف السكن

P.O.Box

ص. ب

Address

العنوان

Language to be used in the intervention programs

English  العربية

اللغة المطلوب إستخدامها في برامج التدخل

بتوقيعي على هذه الوثيقة، أوافق على ما يلي:

– جميع البيانات الواردة في نموذج التسجيل هذا هي صحيحة وساقوم بإبلاغ إدارة المركز عن أي تغييرات قد تحصل في البيانات مستقبلاً.  
– المعلومات المذكورة ستبقى سرية من قبل مركز دبي للتوحد إلا في حال طلب الجهات الرسمية.

By signing this document I agree to the following:

- All information given in this application is correct and in case of any changes I will update the center accordingly.
- All the mentioned information will be kept confidential by Dubai. Autism Center except on appeal for such information from any of the U.A.E government bodies



Signature

التوقيع

Kindly attach the diagnosis report

Date

التاريخ

الرجاء إرفاق نسخة من التقرير التشخيصي بالتوحد