

استمارة تحديث بيانات عائلة

للعام الدراسي 2025/2024

اسم ولي الأمر المخول للتواصل من قبل المدرسة : \_\_\_\_\_

هاتف رقم : ( \_\_\_\_\_ )

اسم الأب رباعياً :	اسم الأم رباعياً :
الوظيفة :	الوظيفة :
هاتف المنزل :	هاتف المنزل :
هاتف الخليوي :	هاتف الخليوي :
البريد الإلكتروني :	البريد الإلكتروني :

الرقم	اسم الطالب / ة Student's Name's	ذكر / أنثى F / M	الصف Grade	النظام / System/ وطني / دولي	رقم الهاتف الخليوي للطالب
1					
2					
3					
4					
5					
6					

وسيلة النقل : 1- سيراً على الأقدام 2- سيارة أجرة 3- مع الأهل 4- حافلات الكلية : أ. اتجاهين ب. اتجاه واحد : 1. صباحاً 2. مساءً

علمًا بأن منطقة السكن هي :- \_\_\_\_\_ الحي :- \_\_\_\_\_

الشارع : \_\_\_\_\_ اسم البناية \_\_\_\_\_ رقم البناية \_\_\_\_\_ رقم المنزل : \_\_\_\_\_

أقرب مكان معروف : \_\_\_\_\_

ب- أفوض المدرسة في حالة الطوارئ وعدم التمكن من الوصول لولي الأمر بأن يتصل بالأشخاص التالية اسماؤهم :-

الاسم	صلة القرابة	هاتف المنزل	هاتف العمل	الهاتف الخليوي

اسم ولي الأمر : \_\_\_\_\_ التوقيع : \_\_\_\_\_ التاريخ : / /



المعلومات الصحية الخاصة بالطالبة

الصف :		اسم الطالب / ة :	
ضعيف	متوسط	جيد	
			سلامة النطق
			قوة الإبصار
			قوة السمع
			الصحة العامة
ملاحظات	لا	نعم	
			يستخدم النظارة الطبية

الصف :		اسم الطالب / ة :	
ضعيف	متوسط	جيد	
			سلامة النطق
			قوة الإبصار
			قوة السمع
			الصحة العامة
ملاحظات	لا	نعم	
			يستخدم النظارة الطبية

الصف :		اسم الطالب / ة :	
ضعيف	متوسط	جيد	
			سلامة النطق
			قوة الإبصار
			قوة السمع
			الصحة العامة
ملاحظات	لا	نعم	
			يستخدم النظارة الطبية

الصف :		اسم الطالب / ة :	
ضعيف	متوسط	جيد	
			سلامة النطق
			قوة الإبصار
			قوة السمع
			الصحة العامة
ملاحظات	لا	نعم	
			يستخدم النظارة الطبية

الصف :		اسم الطالب / ة :	
ضعيف	متوسط	جيد	
			سلامة النطق
			قوة الإبصار
			قوة السمع
			الصحة العامة
ملاحظات	لا	نعم	
			يستخدم النظارة الطبية

الصف :		اسم الطالب / ة :	
ضعيف	متوسط	جيد	
			سلامة النطق
			قوة الإبصار
			قوة السمع
			الصحة العامة
ملاحظات	لا	نعم	
			يستخدم النظارة الطبية