



Please attach a  
recent photo  
here

### Kindergarten Application for the School Year 20\_\_ - 20\_\_

استمارة تسجيل لمرحلة رياض الأطفال للعام الدراسي 20\_\_ - 20\_\_

يرجى كتابة الأسماء حسب ظهورها في جواز السفر وشهادة الميلاد  
Kindly write all names as they appear in the passport and birth certificate

Student's Name \_\_\_\_\_ اسم الطالب

Application for admission to Grade \_\_\_\_\_ طلب الالتحاق بالصف

Date \_\_\_\_\_ التاريخ

#### Personal Data

#### معلومات شخصية

CPR No. \_\_\_\_\_ رقم البطاقة السكانية

Religion \_\_\_\_\_ الديانة Nationality \_\_\_\_\_ الجنسية

Gender \_\_\_\_\_ الجنس Place of Birth \_\_\_\_\_ مكان الولادة

Date of Birth \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد

Day \_\_\_\_\_ اليوم Month \_\_\_\_\_ الشهر

Year \_\_\_\_\_ السنة

Student's First Language \_\_\_\_\_ اللغة الأولى للطالب

Student's Second Language \_\_\_\_\_ اللغة الثانية للطالب

Home Address: \_\_\_\_\_ عنوان السكن:

الشقة/ المنزل  
Flat/House

المبنى  
Building

الشارع  
Road

المجمع  
Block

المنطقة  
Area

#### Previous School Information

#### المدرسة السابقة

Previous School  
المدرسة السابقة

Country \_\_\_\_\_ دولة

Previous grade (according to leaving certificate)

العام الدراسي \_\_\_\_\_ School Year \_\_\_\_\_

الدرجة السابقة (حسب شهادة التحويل)

Has the student ever skipped or repeated a school year?

هل سبق للطالب تخطي أو إعادة عام دراسي؟

Yes

No

إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم التفاصيل

If yes, kindly provide details \_\_\_\_\_

Reason for Leaving Previous School \_\_\_\_\_ سبب ترك المدرسة السابقة

## Family Data

Father's Information:

Father's Name \_\_\_\_\_ اسم الأب \_\_\_\_\_  
 CPR No. \_\_\_\_\_ الرقم الشخصي \_\_\_\_\_ الجنسية \_\_\_\_\_  
 Mobile No. \_\_\_\_\_ الهاتف النقال \_\_\_\_\_ المؤهل العلمي \_\_\_\_\_  
 Work Place \_\_\_\_\_ مكان العمل \_\_\_\_\_ المهنة \_\_\_\_\_  
 Email Address \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

Mother's Information:

Mother's Name \_\_\_\_\_ اسم الأم \_\_\_\_\_  
 CPR No. \_\_\_\_\_ الرقم الشخصي \_\_\_\_\_ الجنسية \_\_\_\_\_  
 Mobile No. \_\_\_\_\_ الهاتف النقال \_\_\_\_\_ المؤهل العلمي \_\_\_\_\_  
 Work Place \_\_\_\_\_ مكان العمل \_\_\_\_\_ المهنة \_\_\_\_\_  
 Email Address \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_  
 Mobile No. for SMS \_\_\_\_\_ رقم الهاتف المخصص للرسائل النصية \_\_\_\_\_

Family Circumstances:

Married متزوج \_\_\_\_\_  Divorced انفصال الأبوين \_\_\_\_\_  Others اخرى \_\_\_\_\_  
 Deceased Parent فقد أحد الأبوين \_\_\_\_\_  Father الأب \_\_\_\_\_  Mother الام \_\_\_\_\_

Student Living With

الطالب يعيش مع \_\_\_\_\_

Father الأب \_\_\_\_\_  Mother الام \_\_\_\_\_  Others اخرى \_\_\_\_\_

Student Legal Guardian

ولي الأمر المسؤول عن الطالب \_\_\_\_\_

Father الأب \_\_\_\_\_  Mother الام \_\_\_\_\_  Others اخرى \_\_\_\_\_

**Please name the person to contact in the absence of parents**

الرجاء ذكر الشخص الذي يمكن الاتصال به في حال غياب الأهل

Name \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_

Contact No. \_\_\_\_\_ رقم \_\_\_\_\_

Relationship to the Student \_\_\_\_\_ العلاقة بالطالب \_\_\_\_\_

Siblings Data

معلومات عن الأخوة

**Does the student have any siblings in Al Rawabi School? (Yes) (No)**  
 هل للطالب أخوة أو أخوات في مدرسة الروابي؟ (نعم) (لا)

Name \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ الصف \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ الصف \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ الصف \_\_\_\_\_

## Does the student have any health issues?

Please submit a medical report (If Any)

هل يعاني الطالب من أي مشاكل صحية؟ (ان وجد)

في حالة المرض الرجاء احضار تقرير طبي من الطبيب المسؤول

Health Issue المشاكل الصحية	Yes نعم	No لا	Health Issue المشاكل الصحية	Yes	No	Health Issue المشاكل الصحية	Yes نعم	No لا
Asthma ضيق التنفس			G6PD نقص الخميرة			Rheumatism الروماتيزم		
Hearing Impairment ضعف السمع			Sickle Cells تكسر في الدم			Heart Disease أمراض القلب		
Visual Impairment مشاكل بصرية			Thalassemia الثلاسيميا			Epilepsy الصرع		
Physical Disability إعاقة جسدية			Anemia فقر الدم			Diabetes السكري		
Kidney Disease أمراض الكلى			Other Diseases مشاكل أخرى					

## Is the student under any medication?

هل يتناول الطالب أي أدوية؟

( ) Yes ( ) No

( ) لا ( ) نعم

Please mention the medicine and submit a medical report (If any)

يرجى ذكر اسم الدواء واحضار تقرير طبي من الطبيب المسؤول (ان وجد) \_\_\_\_\_

## Does the student use any medical gadgets?

هل يستخدم الطالب أدوات طبية؟

( ) Yes ( ) No

( ) لا ( ) نعم

 Eye Glasses / نظارات طبية / Hearing Aids / سمعاء طبية / Others / اخرى / \_\_\_\_\_

## Has the student undergone any surgeries?

هل خضع الطالب لأي عمليات جراحية من قبل؟

( ) Yes ( ) No

( ) لا ( ) نعم

Please mention and submit a medical report (If any)

يرجى ذكر واحضار تقرير طبي من الطبيب المسؤول (ان وجد) \_\_\_\_\_

## Does the student suffer from any allergies?

هل يعاني الطالب من أي حساسية؟

( ) Yes ( ) No

( ) لا ( ) نعم

 Food طعام Please specify, if any \_\_\_\_\_ Weather الجو Please specify, if any \_\_\_\_\_ Medicine دواء Please specify, if any \_\_\_\_\_

Please submit a medical report (If any)

يرجى ذكر واحضار تقرير طبي من الطبيب المسؤول (ان وجد)

## Does the student have any developmental issue?

Please submit a medical report (If Any)

هل يعني الطالب من أي مشاكل تطورية؟ (ان وجد)  
 في حالة المرض الرجاء احضار تقرير طبي من الطبيب المسؤول

Developmental Issue المشكلة التطورية	Yes نعم	No لا	Developmental Issue المشكلة التطورية	Yes نعم	No لا
Autism (ASD) توحد			Learning Difficulties صعوبات التعلم		
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) قصور الانتباه وفرط الحركة			Speech Defects / Speech Disorder عيوب الكلام / اضطراب الكلام		
Conduct Disorder (CD) اضطراب السلوك			Others آخر		

## School Procedures, Policies and Regulations

## إجراءات وقوانين المدرسة

Please read the school procedures, policies and regulations published the school website, [www.alrawabi.edu.bh](http://www.alrawabi.edu.bh) before providing your response below.

يرجى قراءة الإجراءات والسياسات واللوائح المدرسية المنشورة على موقع المدرسة [www.alrawabi.edu.bh](http://www.alrawabi.edu.bh) قبل تقديم إجابتك أدناه.

<input type="checkbox"/>	I have read and understood all the school procedures, policies and regulations published in the school website, and hereby accept my obligation towards the school.  لقد قرأت وفهمت جميع الإجراءات والسياسات واللوائح المدرسية المنشورة في موقع المدرسة ، وبموجب ذلك أقبل التزامي تجاه المدرسة.
--------------------------	---

## Admission Terms and Conditions

## شروط وأحكام القبول

Terms and Conditions:الأحكام والشروط:

- The application form should be submitted to the school with the required documents after the student is accepted
- The registration and books, stationery & learning resources fee should be paid to confirm registration
- Please submit the following documents with the form:
  - One passport size photo
  - Copy of student & parent CPR
  - Copy of student passport
  - Copy of birth certificate
  - Copy of complete vaccination records (from birth)
  - Copy of the last report card (if any)
- يجب تقديم استمارة التسجيل للمدرسة مع المستندات المطلوبة بعد قبول الطالب
- يجب دفع رسوم التسجيل والكتب و القرطاسية ومصادر التعلم لتأكيد التسجيل
- الرجاء إحضار المستندات التالية عند تقديم استمارة التسجيل:
  - صورة شخصية واحدة
  - نسخة من البطاقة الذكية (الطالب وولي الأمر)
  - نسخة من جواز الطالب
  - نسخة من شهادة الميلاد
  - نسخة من دفتر التطعيمات (من الولادة)
  - نسخة من شهادة الدرجات النهائية للمدرسة السابقة (ان وجد )

I hereby declare that all mentioned information is accurate to the best of my knowledge and belief. I also understand that incompletion of school transfer documents will put my registration on-hold.

Signature	Date
-----------	------

## Registration Agreement

### اتفاقية التسجيل

## School Fees 2026-2027

Level	Books and Learning Resources (Paid Upon Registration)	Yearly Tuition Fees	Tuition Fees Payment Schedule		
			Installment		
			1st Payment Due: 20-Aug-2026	2nd Payment Due: 1-Dec-2026	3rd Payment Due: 1-Mar-2027
KG	240	792	542	250	-
GRADE 1	255	1056	600	456	-
GRADE 2	255	1056	600	456	-
GRADE 3	255	1056	600	456	-
GRADE 4	255	1188	500	408	280
GRADE 5	255	1188	500	408	280

\*Books will be given to students only after first payment is made.

### Other fee:

1. Registration fees for new admission: **BD50 (non refundable)**
2. Mental Skills (M.A.M.) fees course materials from GR1 to GR5: **BD70 with 1st payment, BD70 with 2nd payment.**
3. Extra-curricular activities: **Not included**
4. KG2 graduation ceremony fee: **Not included in the tuition fee**

### Terms & Conditions:

1. School fees are annual and shall be paid according to the prescribed payment schedule.
2. The registration deadline for the S.Y. 2026-2027 is **31st May 2026**.
3. Students withdrawing before **31st May 2026** will receive a refund of fees after a deduction of **BD150**.
4. Students withdrawing after **31st May 2026** will not be eligible for a refund.
5. Students withdrawing after the start of the academic year are liable to pay all annual school fees in full.
6. Subject to Ministry of Education approval, an increase in school fees for KG1 to Grade 5 may be implemented, effective S.Y. 2026-2027.

\*Please, refer to the school website for more details about the school policies and procedures.

I have read and understood the above terms and conditions, and all the school procedures, policies, assessment policy, and regulations published in the school website, and hereby accept my obligation towards the school.

I understand that this is a contractual obligation, and as such I confirm my agreement with the above terms and conditions. I further understand that the school will carry out its obligations and will, if necessary, pursue any unpaid fees accordingly.

Student Name: \_\_\_\_\_

Registered in grade: \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Registrar Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## Vaccine Form for student entering school at any level/age

استمارة استكمال التطعيمات للطلبة المستجدين في اي مرحلة  
من المراحل الدراسية/العمرية

Student name:

الاسم:

CPR:

الرقم الشخصي:

School:

المدرسة:

### بيانات التطعيم: Immunization Details

VACCINE	التطعيم	DATE GIVEN تاريخ التطعيم	SCHEDULED DATE موعد التطعيم
Oral Polio 1st	شلل الاطفال الفموي (الجرعة الاولى)		
Oral Polio 2nd	شلل الاطفال الفموي (الجرعة الثانية)		
Oral Polio 3rd	شلل الاطفال الفموي (الجرعة الثالثة)		
Oral Polio 1st booster	شلل الاطفال الفموي (المنشطة الاولى)		
Oral Polio 2nd booster	شلل الاطفال الفموي (المنشطة الثانية)		
DPT/ DT/Td1st	التطعيم الثلاثي البكتيري للتيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي(الجرعة الاولى)		
DPT/DT/Td 2nd	التطعيم الثلاثي البكتيري للتيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي(الجرعة الثانية)		
DPT/DT/Td 3rd	التطعيم الثلاثي البكتيري للتيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي(الجرعة الثالثة)		
DPT/DT/Td 1st booster	التطعيم الثلاثي البكتيري للتيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي(المنشطة الاولى)		
DPT/DT/Td 2nd booster	التطعيم الثلاثي البكتيري للتيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي(المنشطة الثانية)		
HAV1	التهاب الكبد الوبائي فئة أ (الجرعة الاولى)		
HAV2	التهاب الكبد الوبائي فئة أ (الجرعة الثانية)		
Hepatitis B (Dose 1)	التهاب الكبد الوبائي فئة ب (الجرعة الاولى)		
Hepatitis B (Dose 2)	التهاب الكبد الوبائي فئة ب (الجرعة الثانية)		
Hepatitis B (Dose 3)	التهاب الكبد الوبائي فئة ب (الجرعة الثالثة)		
Ddap	التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي للباقعين		
MMR1	الحصبة والحصبة الالمانية وابو كعب (الجرعة الاولى)		
MMR2	الحصبة والحصبة الالمانية وابو كعب (الجرعة الثانية)		
Meningococcal	الانهاب السحاقي		

Need to complete vaccination:

يحتاج الى تكميل التطعيمات:

Completed vaccination:

استكمال التطعيم:

Date & stamp:

التاريخ والختم :

Student Full Name				
Nationality				
CPR				
Residential area				
Guardian Phone Number				
Emergency Contact Number				
Student's Health Center				
√ DISEASE Name	√ DISEASE Name	√ DISEASE Name	√ DISEASE Name	√ DISEASE Name
Digestive system Diseases	sickle-cell Anemia		Heart disease	
Urinary tract diseases	Thalassemia		Chest / Respiratory Diseases	
Spinal problems	(G6PD)		Difficulty in pronunciation	
Dental problems	Endocrine diseases		Diabetes	
Psychiatric illness	Allergic eczema		Epilepsy	
Physical disabilities	Visual impairment		Cerebral Palsy	
Malnutrition Overweight Underweight	Hearing impairment		Iron anemia	
Other diseases not mentioned or drug allergy				
Treatment				
Consultant's name				

Is the student / student any devices used below, please tick (✓) if the answer is yes:

Other:	Wheel chair	Hearing Aids	Medical Glasses	
--------	-------------	--------------	-----------------	--

Note:

- Please attach a copy of vaccination certificate.
- Please attach a medical report from the consultant doctor shows the health status of the students in the case of a chronic disease

Headmaster Sig

Guardian Name and Sig: