



Inskrivningsansökan för år 2018/2019

طلب التسجيل لعام 2018-2019

ALLA UPPGIFTER PÅ BLANKETTEN ANVÄNDS I VÅR DATAHANTERING FÖR SKOLANS RÄKNING.
المعلومات خاصة للحاسبة الالكترونية في المدرسة

A. Elevuppgifter		أ - معلومات عن التلميذ/ة:	
Efternamn:	اللقب	Förnamn:	الاسم:
Personnr.:	الرقم الشخصي:	Födelseort:	مكان الولادة:
Adress:	العنوان:	Telefon:	رقم الهاتف:
Postnr/ort:	المنطقة والرقم البريدي:	Mobil:	رقم الهاتف الخليوي:
Moders namn & personnummer:		اسم الأم والرقم الشخصي:	
Faders namn & personnummer:		اسم الأب والرقم الشخصي:	
Moders e-mail:			
Faders e-mail:			
Föräldrars ursprungsländer:		البلد الأصلي للوالدين:	
När kom ni till Sverige?:		تاريخ القدوم إلى السويد:	

B. Information om barnets skolgång:		ب - معلومات مدرسية	
Tidigare skola:	المدرسة السابقة:	Tidigare årskurs:	الصف السابق:
Önskad klass:	الصف المطلوب الانتساب إليه:	Modersmål:	اللغة الأم:
När började eleven skolan i Sverige?:		تاريخ دخول التلميذ/ة إلى المدرسة السويدية:	

Följer eleven speciell undervisning i vissa ämnen? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		هل يتابع التلميذ/ة دروس تقوية في مادة ما؟	
Om ja, i så fall i vilka ämnen?		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> . في حالة نعم، في أي مواد:	
Behov av fritidsomsorg efter skoltid? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		هل التلميذ/ة بحاجة للدوام في قسم أوقات الفراغ بعد وقت المدرسة؟	
Om ja, datum och tid under dagen?		في حال نعم، في أي تاريخ و أي وقت خلال اليوم؟	

C. Medicinska upplysningar		ج. معلومات طبية	
Är barnet 5,5 års vaccinerad? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		هل أخذ التلميذ/ة اللقاح الخاص لعمر 5 سنوات ونصف؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
Vilken BVC tillhörde eleven?		اسم مركز الأطفال الصحي الذي كان ينتمي إليه التلميذ:	

Ev. överkänslighet/ sjukdom? (t.ex. allergiska reaktioner, epilepsi, diabetes mm)		هل التلميذ/ة مصاب/ة بمرض معين أو حساسية؟ نوع الحساسية، الصرع، السكر.... وغيرها	
Ev funktionsnedsättning? (t. ex. nedsatt syn, hörsel, känsel eller rörelseförmåga mm)		الإعاقة الجسمية؟ ضعف البصر والسمع، القدرة الشعورية والحركية	
Övrig information: (t.ex. mediciner, särskild kost mm)		معلومات أخرى: (أدوية، أكل خاص مثلاً)	

Datum:/.....-2018 التاريخ	Föräldrarnas underskrift:	توقيع الوالدين:
---------------------------------	---------------------------	-----------------

Skolans anteckningar

مخصص لإدارة المدرسة

Intagen: <input type="checkbox"/>	Ej intagen: <input type="checkbox"/>
Väntelista: <input type="checkbox"/>	Anledning:
Rektor:	Datum:/.....-2018
Övrigt:	معلومات إضافية: