

## REGISTRATION FORM - AKIS British Curriculum

### FOR OFFICE USE ONLY – To be completed by the Admissions Office

Academic Year:	
Admission Number:	Date of Admission:
Admitted into Year:	House:
<b>New Admission</b> <input type="checkbox"/>	<b>Readmission</b> <input type="checkbox"/>



This application **will not be accepted** without the submission of **ALL** required documents

### APPLICANT INFORMATION

Family Name (as per passport): <i>Elshadoufy</i>	Gender: Male: <input checked="" type="checkbox"/> Female: <input type="checkbox"/>
First Name (as per passport): <i>Mazen Ahmed Lotfy Mohamed Ismail</i>	Date of Birth (DD/MM/YYYY): <i>19-03-2019</i>
Place of Birth (City/ State): <i>Bahera</i>	Country of Birth: <i>Egypt</i>
Passport No.: <i>A24840360</i>	Nationality: <i>Egypt</i>
Qatar ID No.: <i>31981802944</i>	HMC Medical Card No.: <i>HC05839642</i>
Religion: (required by MOEHE) Muslim <input checked="" type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	Year Group/ Class requested for admission: <b>2023</b> <i>Foundation stage</i>

### PROFILE OF LANGUAGES SPOKEN AT HOME (this will help us to place your child appropriately):

The child speaks mainly in *Arabic* (language) at home.

Her/she can understand English: Well  Little  Not at All

Mother's native language is *Arabic* speaks to her child mainly in *Arabic*

Father's native language is *Arabic* speaks to his child mainly in *Arabic*

Nanny's/Maid's native language is \_\_\_\_\_ speaks to her child mainly in \_\_\_\_\_

### DETAILS OF LAST SCHOOL (if applicable)

School Name:	Year:
School Address:	
Syllabus followed in the school: British <input type="checkbox"/> American <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> (please specify): _____	

### FAMILY INFORMATION

Home Address (in Qatar): Bldg. No: 39 Street: 988 Zone: 74  
 Flat Number: 1 Alkhor.

### SPONSORING PARENT'S INFORMATION

Name: (as per passport) Ahmed Elsayed Mohamed Elshalaby  
 Father  Mother   
 Company: Qatargas  AKIS  Other  (please specify) \_\_\_\_\_ Staff No.: 975  
 Qatar ID No.: 27381805680 Nationality: EGYPT  
 Mobile No.: 33285611 Home Tel. No.: 55146092 Work Tel. No.: 4473622  
 Work Email Address: Ahmed.Elshalaby@AKIS-sch.qa Preferred contact:  
 Personal Email Address: Ahmed\_19\_73@yahoo.com Work   
 Personal

### OTHER PARENT'S INFORMATION

Name: (as per passport) Nasma Adel Ahmed AB DelmahaB  
 ELKady Father  Mother   
 Qatar ID No.: 28581812611 Nationality: EGYPT  
 Mobile No.: 55072774 Home Tel. No.: 33285611 Work Tel. No.:  
 Email Address: Muzenmera\_19\_20@yahoo.com

### Emergency Contact INFORMATION (other than parents and currently residing in Qatar)

Name: Mahmoud Elsayed Relationship: Friend Tel No(s): 66826488

### DETAILS OF OTHER SIBLINGS CURRENTLY IN AKIS-BC

DO YOU CURRENTLY HAVE CHILDREN REGISTERED AT AKIS? YES  / NO  NO. OF CHILD/REN IN AKIS \_\_\_\_\_

IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS BELOW:

Name	Year	House

### ANY ADDITIONAL INFORMATION

If there is any additional information that the school needs to be aware of, please indicate below, e.g. custody issue, special family circumstances, etc. Any legal issues will need to be supported by documentation and a copy to be provided to the school to be kept in your child's personal folder.

### MEDICAL INFORMATION

#### Vaccination Records:

It is a mandatory requirement from the Ministry of Education and Higher Education and the Ministry of Public Health that the school obtains a record of the immunisation history of all new applicants.

Please attach 2 copies of your child's vaccination records.

#### Medical Conditions:

Does your child have any medical conditions e.g. asthma, diabetes, epilepsy? Please give full details below, attaching the latest medical record.

NO

#### Allergies:

Please list below any allergies that the school staff should be aware of e.g. food or insect bites. If your child has serious allergies, please detail the action to be taken below. Please attach latest/applicable medical records.

—

#### Medication:

Please list below any medication that your child needs to take on a routine basis. Please give all information as to when and how this is to be taken. Please attach prescription from medical practitioner if any.

—

#### Additional/Special Needs:

Does your child have any additional/special needs that the school needs to be aware of?

Hearing  Sight  Speech  Other - please specify: NO

### CONSENT DECLARATIONS

In the event that your child requires emergency treatment you will be contacted and asked to collect your child from the school. If the school is unable to contact you, your child will be taken to Al Khor Community Medical Centre (for eligible students)/ Hamad General Hospital for diagnosis and treatment. Efforts to contact you will continue.

I consent to my child being taken to a doctor/hospital in the event of a medical emergency.

Ahmed  
(Signature)

I accept the judgment of Al Khor International School staff in all matters regarding health and safety. To the best of my knowledge, I have accurately detailed above all medical conditions and information that the staff should be aware of.

Name of Parent: Ahmed latfy Mohamed ismail Elshallanfy

Signature: Ahmed

Date: 17-02-2023

## DECLARATION

I confirm that the above information is correct. I agree to abide by all the policies of AKIS and accept that decisions of the Education Manager in any matter relating to the administration of AKIS as final.



*I consent, agree to and understand the following:*

- Should my child exhibit additional needs requirements beyond the existing capabilities of AKIS which were not apparent at the point of admission, AKIS has the right to seek the child's withdrawal.
- My child shall undergo any assessment considered educationally necessary by AKIS.
- My child will take part in the required whole school curriculum subjects (including swimming, music and Ministry of Education and Higher Education-mandated lessons).

Ahmed Lotfy Elshahouy Ahmed 12-02-2023  
 Name of Parent (In BLOCK letters) Signature Date

CHECKLIST FOR REQUIRED DOCUMENTS	By Applicant	By Admissions Office
1. Original Letter of employment from the student's sponsor's company with home address	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Registration form duly completed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Two colored passport size photographs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Copy of student's passport*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Copy of student's RP (Qatar ID)*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Copy of student's birth certificate*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 2 Copies of student's vaccination records	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Attested copy of most recent school report (must be written in or translated to English)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Copy of Hamad Medical Corporation (HMC) card	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Copy of student's sponsor's Qatar ID/RP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Copy of other parent's Qatar ID/RP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Copy of student's sponsor's passport	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Copy of other parent's passport	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* The original copy must also be presented for verification purposes

Admissions Office	Name	Signature	Date
Checked by:			
Reviewed by:			
Validated by Lead Registrar:			



Al Khor International School  
Al Khor Community  
PO Box: 22166  
Doha, Qatar  
T: +974 4473 3688 / 4666  
F: +974 4473 4671  
www.akis.sch.qa

مدرسة الخور الدولية  
AL KHOR INTERNATIONAL SCHOOL



**ADMIN-HR/1159/2023**

1 February 2023

To whom it may concern,

This is to confirm that **Ahmed Elshalloufy** staff number **975**, is a bona fide employee of Al Khor International School.

Al Khor International School (AKIS) employ him full-time as **Arabic & Islamic Studies Teacher** since **1 September 2013**.

The above named employee is on **Overseas Married with Children contract status** and under contract until **31 August 2023** and renewable by mutual agreement.

He currently resides at the following address;

**Building Number – 39**  
**Street Number – 988**  
**Zone – 74**  
**Al Khor – Qatar**

The above information is given at the request of the employee and Al Khor International School accepts no responsibility or liability.

Yours sincerely,

**STEPHEN WILLIAMS**  
Lead – Human Resources  
Al Khor International School







State Of Qatar  
Residency Permit



دولة قطر  
رخصة إقامة

ID.No: 31981802944 الرقم الشخصي:  
D.O.B: 19/03/2019 تاريخ الميلاد:  
Expiry: 15/04/2024 الصلاحية:  
Nationality: مصري الجنسية:  
Occupation: EGYPT المهنة:  
الإسم: مازن أحمد لطفي محمد اسماعيل



Name: MAZEN AHMED LOTFY MOHAMED ISMAIL

Passport Number: A24840360 رقم جواز السفر:  
Passport Expiry: 20/05/2026 تاريخ انتهاء الجواز:  
Serial No: 30131981802944 الرقم المسلسل:  
Residency Type: عائلية نوع الرخصة:  
Employer: احمد لطفي محمد اسماعيل الشلوفي المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات  
General Director of the General  
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature







## صورة قيد الميلاد

جمهورية مصر العربية  
وزارة الداخلية  
قطاع الأحوال المدنية  
www.cso.gov.eg

الرقم القومي: ٠٠٦٥٤ ١٨ ١٩٠٣١٩ ٣

### بيانات المولود

مازن

الديانة: مسلم  
النوع: ذكر

الجنسية: مصر

محل الميلاد: البحيرة / مركز استاي البارود  
تاريخ الميلاد: تسعة عشر من مارس  
عام الفان و تسعه عشر

### بيانات الأب

أحمد لطفى محمد اسماعيل الشلوفى

الرقم القومي: ٢٧٣١١١٠١٨٠١١٧٦

الديانة: مسلم

الجنسية: مصر

### بيانات الأم

نسمه عادل احمد عبد الوهاب

الرقم القومي: ٢٨٥٠٩١٥١٨٠١٣٨٨

الديانة: مسلمة

الجنسية: مصر

رقم القيد: ١١٥  
ت. القيد: ٢٠٠٣/١٩  
ت. اصدار: ٠٥/٠٥/١٩٠٣

م. صحة: استاي البارود  
م. مدني: مركز استاي البارود  
م. اصدار: سجل استاي البارود



رقم التسجيل: ٢٤٨٢٨٩١٨٣٠

تأكد من وجود طابع الامومة والطفولة فئة ١ جنديه والعلامة المائية ، نسر شعار الجمهورية - وثيقة أحوال مدنية -





\*Visitor

Department of Public Health  
Supreme Council of Health  
State of Qatar



إدارة الصحة العامة  
المجلس الأعلى للصحة  
دولة قطر



H.C. Name : .....

بطاقة تحصين الطفل  
CHILD IMMUNIZATION CARD

Name : .....

Birth Reg. No. : .....

Health Care No. : Mazen Ahmed Lotfy

Date of Birth : .....

Sex : DOB - 19/3/2019

Nationality : .....

Address : HC NUMBER: HC05839642

NAME : MAZEN ELSHALLOUFY

NATIONALITY : Egyptian

DOB : 19/03/2019

GENDER : Male

HC Expiry :

الرجاء المحافظة على هذه البطاقة وإحضارها كلما ذهبت بالطفل إلى الطبيب

Please keep this card clean and bring it every time the child comes to the doctor

Tel: 66740951 - 66740948 - 44070150 , Fax: 44070812

Growth Record

سجل النمو

ملاحظات Remarks	نسبة هيموجلوبين Hb %	محيط الرأس H.C.	الطول Hgt.	الوزن Wt.	العمر Age	التاريخ Date
BM1 18.8	36.6 <sup>g</sup>	43	64	7.7	6 mo	23/9/19
BM1 - 18.46	36.5 <sup>g</sup>	43.5cm	66cm	8.5 <sup>kg</sup>		16-10-19
16-8-2	36.5 <sup>g</sup>	44	71.5	8.6	9 months	23/12/19
14.8	36 <sup>g</sup>	51	97.9	14.2	3 yrs	15/6/22
9ppst 10-3-2023						

جدول التطعيمات المعتمد وفقاً للجدول الصادر في عام 2010 بدولة قطر

عند الولادة At Birth	الدرن + الكبدى الفيروسي (ب) Hep B BCG
شهرين 2 Months	السداسي + المكورات الرئوية الأولى + الفيروسات العنقولة الأولى Rota 1 PCV 1 Hexa
أربعة أشهر 4 Months	السداسي + شلل الأطفال العموي + المكورات الرئوية الثانية + الفيروسات العنقولة الثانية Rota 2 PCV 2 OPV Penta
سنة أشهر 6 Months	السداسي + شلل الأطفال العموي + المكورات الرئوية الثالثة PCV 3 OPV Penta
12 شهرا 12 Months	الحصبة و الحصبة الألمانية و النكاف الأولى + الحديري المائي الأولى + الكبد المائي (أ) الأولى Hep A 1 Chickenpox 1 MMR 1
15 شهرا 15 Months	الرباعي + المكورات الرئوية المنشط PCV -B Tetra
18 شهرا 18 Months	الشلل المنشط الأولى + الحصبة و الحصبة الألمانية و النكاف الثانية + الكبد المائي (أ) الثانية Hep A 2 MMR 2 OPV - B1
4-6 سنوات 4 - 6 Years	الشلل المنشط الثانية + التلثي المنشط + الحديري المائي الثانية Chickenpox 2 DTaP OPV -B2
11-13 سنة 11 - 13 Years	الأطعام من سن الأول الإجمالي (الصف السابع) + تراجع رتبة الحصبة الألمانية. بعض تطعيم الحصبة و الحصبة الألمانية و النكاف لنبات اللواتي ليس لديهم وثيقة تطعيم ضد الحصبة الألمانية
13-16 سنة 13 - 16 Years	البنجاس و الدمعنا المنشط Td

ملاحظته: التطعيم السداسي يحوي (الكبدى الفيروسي المائي - الدمعنا + السعال الدكي + البنجاس + فيرموليس إيفولبرا + شلل الأطفال المعطل)

Hexa (Hep B + DTaP + Hib + IPV)







 مؤسسة حمد الطبية  
Hamad Medical Corporation  
HEALTH · EDUCATION · RESEARCH · صحة · تعليم · بحوث




H.C. No.: **HC05839642** الرقم الصحي: **البطاقة الصحية Health Card**

الإسم: **مازن أحمد لطفي محمد اسماعيل**  
Name: **MAZEN AHMED LOTFY MOHAMED ISMAIL**  
Date of Birth: **19/3/2019** تاريخ الميلاد:  
Nationality: **Egyptian** الجنسية: **مصري**  
ID No: **31981802944** الرقم الشخصي:



CORPORATION

HC NUMBER: **HC05839642**  
NAME : **MAZEN AHMED LOTFY MOHAMED ISMAIL** الأعراض الصدرية  
NATIONALITY : **Egyptian**  
DOB : **19/03/2019**  
GENDER : **Male**  
HC Expiry : **28/04/2023**

 URE  
COPD  
ERGY  
PRESSED

BLOOD GROUP: HEALTH CENTER: **75**

تاريخ الإصدار: **28/4/2022** PHC : **67928KRN**  
Location : **67928KRN**





State Of Qatar  
Residency Permit



دولة قطر  
رخصة إقامة

ID.No: 27381805680

الرقم الشخصي:

D.O.B: 10/11/1973

تاريخ الميلاد:

Expiry: 10/10/2024

الصلاحية:

مصري

الجنسية:

Nationality:

EGYPT

Occupation:

مدرس

المهنة:

الإسم: احمد لطفي محمد اسماعيل الشلوفي



Name: AHMED LOTFY MOHAMED ISMAIL

Passport Number:

A20811374

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

12/07/2024

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

31127381805680

الرقم المسلسل:

Residency Type:

عمل

نوع الرخصة:

Employer:

شركة قطر غاز للتشغيل المحدوده

المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات

General Director of the General  
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة

Holder's signature







State Of Qatar  
Residency Permit



دولة قطر  
رخصة إقامة

ID.No: 28581812611 الرقم الشخصي:  
D.O.B.: 15/09/1985 تاريخ الميلاد:  
Expiry: 15/04/2024 الصلاحية:  
Nationality: EGYPT الجنسية:  
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: نسمة عادل أحمد عبد الوهاب القاضي

Name: NESMA ADEL AHMED ABDELWAHAB ELKADY

Passport Number: A21948604 رقم جواز السفر:  
Passport Expiry: 31/01/2025 تاريخ انتهاء الجواز:  
Serial No: 30128581812611 الرقم الممثل:  
Residency Type: عائلية نوع الرخصة:  
Employer: احمد لطفي محمد اسماعيل الشلوفي الممتقدم:  
مدير عام الإدارة العامة للجوازات  
General Director of the General  
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature



نسمة القاضي

