

**State Of Qatar
Residency Permit**



**دولة قطر
رخصة إقامة**

ID.No: 31236000017

الرقم الشخصي:

D.O.B.: 30/01/2012

تاريخ الميلاد:

Expiry: 29/01/2026

الصلاحية:

اندونيسيا

الجنسية:

Nationality: INDONESIA

Occupation: طفل

المهنة:



الاسم: علياء قاسرينا عافিকা

Name: ALIYAH QASRINA AFIKA



إدارة الصحة العامة
Public Health Department

مستخرج رسمي من شهادة الميلاد
COPY OF BIRTH CERTIFICATE

NAME : ALIYAH QASRINA AFIKA : الاسم
SEX : FEMALE : الجنس
FATHER'S NAME : FERDIAN SYAHPUTRA : اسم الأب
NATIONALITY : INDONESIAN : الجنسية RELIGION : MUSLIM : الديانة
ADDRESS : DOHA - QATAR : العنوان
MOTHER'S NAME : NIAR MAULIDA SAPUTERI : اسم الأم
NATIONALITY : INDONESIAN : الجنسية RELIGION : MUSLIM : الديانة
DATE OF BIRTH : THIRTIETH OF JANUARY TWO THOUSAND AND TWELVE : تاريخ الولادة
PLACE OF BIRTH : MATERNITY HOSPITAL , ALKHOR (30/01/2012) (07/03/1433) : محل الولادة
REGISTRATION NO : 2344 / 2012 : رقم التسجيل DATE OF ISSUE : 06/02/2012 : تاريخ الاصدار

أشهد أن ما ورد أعلاه هو نقل صحيح عن

CERTIFIED THAT ABOVE IS A TRUE COPY OF AN ENTRY IN

سجل مواليد دائرة الصحة العامة بالدوحة

THE REGISTER OF BIRTHS OF THE PUBLIC HEALTH DEPARTMENT , DOHA



مدير إدارة الصحة العامة

Director of Public Health Department
Dr. Mohammed Al Thani


مؤسسة حمد الطبية
Hamad Medical Corporation
 HEALTH EDUCATION RESEARCH

H.C. No. : **HC02498721** الرقم الصحي:

البطاقة الصحية
Health Card

الاسم: **علياء قاصرنا عافিকা**
 Name: **ALIYAH QASRINA AFIKA**

تاريخ الميلاد: **30/1/2012**
 Date of Birth:

الجنسية: **اندونيسي**
 Nationality: **Indonesian**

الرقم الشخصي: **31236000017**
 ID No:

IF YOU FIND THIS CARD, PLEASE RETURN TO THE SECURITY DEPARTMENT OF HAMAD MEDICAL CORPORATION
 إذا وجدت هذه البطاقة الرجاء إعادتها إلى قسم الأمن في مؤسسة حمد الطبية

IMPORTANT MEDICAL DATA الأعراض المرضية الأساسية

- CAD
- EPILEPSY
- HYPERTENSION
- DIABETES MELLITUS
- COAGULATION DISORDER
- RENAL FAILURE
- ASTHMA & COPD
- DRUGS ALLERGY
- IMUNOSUPPRESSED

BLOOD GROUP: HEALTH CENTER: **75**

تاريخ الإصدار: **2/12/2014**
 PHC : **5787145-A**
 Location : **41693KRN**

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27936001951 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 17/02/1979 تاريخ الميلاد:
Expiry: 03/09/2024 الصلاحية:
Nationality: INDONESIA الجنسية:
Occupation: مهندس تعدين المهنة:



الاسم: فيرديان سياهبوترا

Name: FERDIAN SYAHPUTRA

Passport Number: C7339498
Passport Expiry: 07/12/2025
Serial No: 31027936001951
Residency Type: عمل
Employer: شركة قطر غاز للتشغيل المحدودة
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممثل:
نوع الرخصة:
المستلم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



دولة قطر
رخصة إقامة

State Of Qatar
Residency Permit

الرقم الشخصي: 28336001870
تاريخ الميلاد: 09/01/1983
الصلاحية: 13/07/2024

التجنسية: INDONESIA
المهنة: ربة منزل


الاسم: نيار ماوليدا سابتيري
Name: NIAR MAULIDA SAPUTERI



رقم جواز السفر: C7983542
تاريخ انتهاء الجواز: 15/02/2027
الرقم التسلسلي: 30828336001870
نوع الرخصة: عائلية
مقدم: فهدون ساجويرا

Passport Number: C7983542
Passport Expiry: 15/02/2027
Serial No: 30828336001870
Residency Type: عائلية
Employer: فهدون ساجويرا

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General Directorate of Passports
Holder's signature





My Immunization Health Record



My Photograph

Birth records

Place of Birth:

Date of Birth:

Mode of Birth: NVD Vacuum forceps Caesarean Section

Apgar Score: 1 minute 5 minutes 10 minutes

Birth weight: Length: Head circumference:

Blood group:

Remarks:

Vaccination	Given by	Site & Route	Batch No.	Date
BCG				01.2.12
Hepatitis B	NH Alkhorj			30.1.12

Notes :



Two Months Visit

Age	Weight	Length	Head Circumference	Temperature	Pulse	Respiratory Rate

Diet:	Breast Milk <input type="checkbox"/>	Formula <input type="checkbox"/>	Mixed <input type="checkbox"/>
	Multi-Vitamin <input type="checkbox"/>	Vitamin D <input type="checkbox"/>	
Development:	Vocalizes <input type="checkbox"/>	Lifts Head <input type="checkbox"/>	Social Smile <input type="checkbox"/>
	Kicks <input type="checkbox"/>	Follows past midline <input type="checkbox"/>	
Safety:	Tobacco <input type="checkbox"/>	Car Seat <input type="checkbox"/>	
	Bath Safety <input type="checkbox"/>	Toys <input type="checkbox"/>	
Parenting:	Fever Control <input type="checkbox"/>	Taking Temperature <input type="checkbox"/>	
	No Bottle in Crib <input type="checkbox"/>		

Vaccination	Given by	Site & Route	Batch No.	Date
Hexa	<i>Nadia</i>	Lt Thigh IM	A21CB024A	2.4.12
PCV 1		Rt Thigh IM	F 22728	
Rota 1		Oral	A 41F3167A	

Notes: _____



6 Months Visit

Age	Weight	Length	Head Circumference	Temperature	Pulse	Respiratory Rate
12 mo	8.5	74.5	46	36.8		

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Diet: | Breast Milk <input type="checkbox"/> | Formula <input type="checkbox"/> | Mixed <input type="checkbox"/> |
| | Multi-Vitamin <input type="checkbox"/> | Solids <input type="checkbox"/> | |
| Development: | Babbles <input type="checkbox"/> | Pulled to Sit <input type="checkbox"/> | Reaches for Objects <input type="checkbox"/> |
| | Mouth Objects <input type="checkbox"/> | Rolls Over Both Ways <input type="checkbox"/> | |
| Safety: | Tobacco <input type="checkbox"/> | Child Proof Home <input type="checkbox"/> | Bath Safety <input type="checkbox"/> |
| | Safe High Chair <input type="checkbox"/> | No Shaking <input type="checkbox"/> | |
| Parenting: | Talk, Play <input type="checkbox"/> | Bed Time Schedule <input type="checkbox"/> | Offers Cup <input type="checkbox"/> |
| Dental: | No Bottle in Crib <input type="checkbox"/> | Avoid Sweets <input type="checkbox"/> | Cleaning Gum <input type="checkbox"/> |

Vaccination	Given by	Site & Route	Batch No.	Date
Penta 2	Siddi	Lt Thigh IM	A15CA599A	1.2.2013
PCV3		Rt Thigh IM	F98680	
OPV2		Oral	H5388	

Notes:



12 Months Visit

Age	Weight	Length	Head Circumference	Temperature	Pulse	Respiratory Rate
15 mos.	9.2	76.7	47 cm	36.7		

Diet:	Breast Milk <input type="checkbox"/>	Formula <input type="checkbox"/>	Mixed <input type="checkbox"/>
	Finger Foods <input type="checkbox"/>	Solids <input type="checkbox"/>	
Development:	Says Mama <input type="checkbox"/>	Walks with Help <input type="checkbox"/>	Hold Cup to Drink <input type="checkbox"/>
	Bangs Objects <input type="checkbox"/>	Waves Bye <input type="checkbox"/>	Understands No <input type="checkbox"/>
Safety:	Tobacco <input type="checkbox"/>	Nuts <input type="checkbox"/>	Child Proof Home <input type="checkbox"/>
	Hot Water <input type="checkbox"/>	Pools <input type="checkbox"/>	Car Seat <input type="checkbox"/>
Parenting:	Discipline <input type="checkbox"/>		
Dental:	Tooth Brushing <input type="checkbox"/>	Avoid Sweets <input type="checkbox"/>	Bottle Caries <input type="checkbox"/>

Vaccination	Given by	Site & Route	Batch No.	Date
MMR 1	JAD / <i>[Signature]</i>	① Arm Sc.	AMJRC 402AA	5/5/13
Varicella 1	JAD / <i>[Signature]</i>	① thigh Sc.	A70 CC071A	5/5/13
Hepatitis A1	JAD / <i>[Signature]</i>	② Arm Sc.	ATHAVB581FC	5/5/13

Notes:

15 Months Visit

Age	Weight	Length	Head Circumference	Temperature	Pulse	Respiratory Rate
18/m.	10.6 kg	77.5 cm	49 cm	37 c°		

- | | | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Diet: | Breast Milk | <input type="checkbox"/> | Fresh Milk | <input type="checkbox"/> | Table Food | <input type="checkbox"/> | |
| Development: | 3 Word Vocabulary | <input type="checkbox"/> | Walks | <input type="checkbox"/> | Use Cup | <input type="checkbox"/> | |
| | Indicates Wants | <input type="checkbox"/> | 2 Cube Tower | <input type="checkbox"/> | | | |
| Safety: | Tobacco | <input type="checkbox"/> | Teach Hot and Cold | <input type="checkbox"/> | Child Proof Home | <input type="checkbox"/> | Drowning <input type="checkbox"/> |
| | Car Seat | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Parenting: | Self Feeding | <input type="checkbox"/> | Simple Games | <input type="checkbox"/> | Temper Tantrums | <input type="checkbox"/> | |
| Dental: | Tooth Brushing | <input type="checkbox"/> | Avoid Sweets | <input type="checkbox"/> | Bottle Caries | <input type="checkbox"/> | |

Vaccination	Given by	Site & Route	Batch No.	Date
Tetra	Susan	Lt Deltoid	A14CA139A	2/8/13
PCV B		Rt Deltoid	F63699.	

Notes: _____



18 Months Visit

Age	Weight	Height	Head Circumference	Temperature	Pulse	Respiratory Rate
2 y.o.	14 kg	92 cm	49 cm	37.5 T		

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diet:
Development:
Safety:
Parenting:
Dental: | Breast Milk <input type="checkbox"/>
4 to 10 Words <input type="checkbox"/>
Household Chores <input type="checkbox"/>
Tobacco <input type="checkbox"/>
Drowning <input type="checkbox"/>
Toilet Training <input type="checkbox"/>
Tooth Brushing <input type="checkbox"/> | 3 Meal/Day-Snacks <input type="checkbox"/>
Scribbles <input type="checkbox"/>
Answers Questions <input type="checkbox"/>
Electrical Outlets <input type="checkbox"/>
Play with Others <input type="checkbox"/>
Avoid Sweets <input type="checkbox"/> | Fresh Milk <input type="checkbox"/>
Climbs Stairs <input type="checkbox"/>
Hot Water <input type="checkbox"/>
Temper Tantrums <input type="checkbox"/>
Bottle Caries <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Vaccination	Given by	Site & Route	Batch No.	Date
MMR 2	Simi	(D) arm SC	AMIRC 663AA	3/12/14
Hepatitis A2	Simi	(R) arm IM	AHAVB 774CE	3/12/14
OPV B	Simi	Oral	K5393-1	3/12/14

Notes: