

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:
New Admission <input type="checkbox"/>	Readmission <input type="checkbox"/>



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

APPLICANT INFORMATION

Family Name (as per passport): OMONDI	Gender: Male: <input type="checkbox"/> Female: <input checked="" type="checkbox"/>
First Name (as per passport): PRECIOUS AKINYI	Date of Birth (DD/MM/YYYY): 26/08/2019
Place of Birth (City/ State): AL KHOR	Country of Birth: QATAR
Passport No.: BK 177016	Nationality: KENYAN
Qatar ID No.: 31940400034	HMC Medical Card No.: HC05822253
Religion: (required by MOEHE) Muslim <input type="checkbox"/> Christian <input checked="" type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	Year Group/ Class requested for admission: FOUNDATION STAGE

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

The child speaks mainly in ENGLISH (language) at home.

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

Mother's native language is SWAHILI speaks to her child mainly in ENGLISH

Father's native language is SWAHILI speaks to his child mainly in ENGLISH

Nanny's/Maid's native language is N/A speaks to her child mainly in N/A

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):
 HOUSE NO. 141 AKC FLAT C21921

SPONSORING PARENT'S INFORMATION

Name: (as per passport) KENNEDY OMONDI OCHIENG		Father <input checked="" type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/>
Company: Qatargas <input checked="" type="checkbox"/> AKIS <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> (please specify) _____		Staff No.: 16713
Qatar ID No.: 28140400547	Nationality: KENYAN	
Mobile No.: 33117748	Home Tel. No.: 40379538	Work Tel. No.: 44738915
Work Email Address: kochieng@qatargas.com.qa	Preferred contact: Work <input type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/>	
Personal Email Address: kennedyatik3@gmail.com		

OTHER PARENT'S INFORMATION

Name: (as per passport) ELIZABETH ATIENO ISIAH		Father <input type="checkbox"/> Mother <input checked="" type="checkbox"/>
Qatar ID No.: 28140400751	Nationality: KENYAN	
Mobile No.: 55238643	Home Tel. No.: 40379538	Work Tel. No.: N/A
Email Address: elizaomondi1@gmail.com		

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

Name: RAMADHAN GONA	Relationship: OTHER CONTACT	Tel No(s).: 66211499
------------------------	--------------------------------	-------------------------

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
EMMANUEL AWIND	7	Shakespeare
JEREMY OCHIENG	4	Shakespeare

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.

N/A

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.

N/A

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.

N/A

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.

N/A

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: N/A

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.


(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: KENNEDY OMONDI OCHIENG

Signature: 

Date: 17/02/23

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).

KENNEDY OMONDI OCHIENG



17/02/23

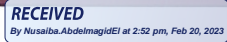

Name of Parent (In BLOCK letters)

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"/> N/A	<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:			

**Qatargas Operating
Company Limited**

PO Box 22666
Doha, Qatar
T : +974 4473 6000
F : +974 4473 6666
www.qatargas.com.qa



Tel. : 4452 3222
Fax : 4473 6345
Ref. : PA/16713/Q015268
Date : 17.01.2023

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is to certify that Mr. Kennedy Omondi Ochieng (Staff No:16713) is an employee of Qatargas Operating Company Limited. Employee joined the Company on 10 August 2014.

We confirm that Mr. Kennedy Omondi Ochieng is currently residing with family in Company provided accommodation as follows:

Residence Address

Flat C-21921 - AKC Al-Khor Housing Community
Al-Khor
P.O. Box 22166
State of Qatar

Yours faithfully,

For **QATARGAS OPERATING COMPANY LIMITED**

Munera Al-Kubaisi
SENIOR PA OPERATIONS SUPERVISOR



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 31940400034
D.O.B.: 26/08/2019
Expiry: 20/07/2023

الرقم الشخصي:
تاريخ الميلاد:
الصلاحية:
الجنسية:



Nationality: كينيا
KENYA
Occupation: طفلة

المهنة:

الاسم: بريشيس اكنيا اموندي

Name: PRECIOUS AKINYI OMONDI

Passport Number:

BK177016

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

04/08/2031

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

30231940400034

الرقم الممثل:

Residency Type:

عائلية

نوع الرخصة:

Employer:

كينيدي اوموندي اوشينج

المستقدم:

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



Links »



شهادة ميلاد / Birth Certificate

Baby Name PRECIOUS AKINYI OMONDI
 Sex Female
 Date of Birth 26/08/2019 (25/12/1440)
 Date of Birth in Words TWENTYSIXTH OF AUGUST TWO THOUSAND NINETEENTH
 Place of Birth AL KHOR HOSPITAL - QATAR
 Father's Name KENNEDY OMONDI OCHIENG
 Religion CHRISTIAN
 Nationality of Father KENYA
 Mother's Name ELIZABETH ATIENO ISAIHAH
 Religion CHRISTIAN
 Nationality of Mother KENYA
 Registration Number 018498/2019
 Registration Date 29/08/2019 09.06 AM

اسم المولود
 الجنس
 تاريخ الميلاد
 تاريخ الميلاد بالحروف
 محل الميلاد
 اسم الأب
 ديانة الأب
 جنسية الأب
 اسم الأم
 ديانة الأم
 جنسية الأم
 رقم التسجيل
 تاريخ التسجيل



I certify that the above is a true copy of an entry in the register of births of the Public Health Department, Doha-Qatar.

أشهد أن ماورد أعلاه هو نقل صحيح من سجل مواليد إدارة الصحة العامة بالدوحة - دولة قطر

Taher
 Registerer
 talmarri

الدكتور / محمد بن حمد آل ثاني
 Dr. Mohammed H AL Thani
 Director of the Public Health

مدير ادارة الصحة العامة

مسئول التسجيل



جدول التطعيمات المعتمد وفقاً للجدول الصادر في عام ٢٠١٨ بدولة قطر

عند الولادة	الجرن + الكبدى الفيروسي (ب)
شهرين	السداسي ١ + المكورات الرئوية الأولى + الفيروسات العجلية الأولى
٤ أشهر	السداسي ٢ + شلل الأطفال الغموي الأول + المكورات الرئوية الثانية + الفيروسات العجلية الثانية
٦ أشهر	الخماسي + شلل الأطفال الغموي الثاني + المكورات الرئوية الثالثة
١٢ شهرا	الحصبة و الحصبة الألمانية و النكاف الأولى + الجديري المائي الأولى + الكبد الهائي (١) الأولى
١٥ شهرا	الرباعي + المكورات الرئوية الجرعة المنشطة
١٨ شهرا	شلل الأطفال الغموي الجرعة المنشطة الأولى + الحصبة و الحصبة الألمانية و النكاف الثانية + الكبد الهائي (١) الثانية
٤-٦ سنوات	شلل الأطفال الغموي الجرعة المنشطة الثانية + الثلاثي المنشطة + الجديري المائي الثانية
١٣-١١ سنة	الأطفال من سن الأول الإعدادي (الصف السابع) يراجع رتبة الحصبة الألمانية. و يعطى تطعيم الحصبة و الحصبة الألمانية و النكاف للبنات اللواتي ليس لديهن وثيقة تطعيم ضد الحصبة الألمانية
١٣-١٦ سنة	التيتانوس و الدفتيريا و السعال الديكي

IMMUNIZATION SCHEDULE IN THE STATE OF QATAR 2018

At Birth	BCG + Hep B
2 Months	Hexa 1 + PCV 1 + Rota 1
4 Months	Hexa 2 + OPV 1 + PCV 2 + Rota 2
6 Months	Penta + OPV 2 + PCV 3
12 Months	MMR 1 + Varicella 1 + Hep A 1
15 Months	Tetra + PCV B
18 Months	OPV 1B + MMR 2 + Hep A2
6-4 Years	OPV 2B + DTaP + Varicella 2
13-11 Years	7th grade; Check rubella status, give MMR vaccine to those girls who do not have documentation of rubella vaccine.

شهادة ميلاد

BIRTH CERTIFICATE

إدارة الصحة العامة
 Public Health Department

التوقيع والملاحظات Signature and Remarks	التاريخ Date		التحصين ضد Imm. Against
	الثانية 2nd	الجرعة الاولى 1st	
T. wall	26/4/2022	26/4/2022	التحصين ضد التهاب الكبد (أ) Hep A
	26/4/2022	26/4/2022	MMR
T. wall	26/4/2022	26/4/2022	التحصين ضد الحصبة Varicella
	26/4/2022	26/4/2022	الترياق - Tetra
			المحورات الزهوية المنشقة - PCV B
			شلل الأطفال الفموي - OPV B
			التكثيف المنشقة - DTaP B
			التكثيف - Td
			التيتانوس - Tetanus
			Others

Allergies
الحساسيات

الخط الساخن - Hotlines
66740951 - 777E.90 (عربي)

التوقيع والملاحظات Signature and Remarks	التاريخ Date			التحصين ضد Imm. Against
	الثالثة 3rd	الثانية 2nd	الجرعة الاولى 1st	
			28/08/19	الدرن BCG
			26/4/19	التحصين ضد التهاب الكبد الفيروسي (ب) Hep B
				الخماسي PENTA
T. wall	26/4/2022	26/4/2022	26/4/2022	شلل الأطفال الفموي OPV
	30/12/19	28/10/19	28/10/19	المحورات الزهوية PCV
	30/12/19	28/10/19	28/10/19	الفيروسات العنقبة ROTA virus
	30/12/19	28/10/19	28/10/19	السداسي HEXA

PENTA (الخماسي): التحيد الفيروسي (ب) HBV، الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي DTaP، هيموفيلس الفلورنزا Hib
 HEXA (السداسي): التحيد الفيروسي (ب) HBV، الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي DTaP، هيموفيلس الفلورنزا Hib، شلل الأطفال المعطل IPV
 TETRA (الرابعي): السعال الديكي DTaP، هيموفيلس الفلورنزا Hib، الحصبة Measles، الحصبة الألمانية Rubella، النكاف Mumps



مؤسسة حمد الطبية
Hamad Medical Corporation
 صحة - تعليم - بحث | HEALTH - EDUCATION - RESEARCH

البطاقة الصحية
Health Card

H.C. No. : الرقم الصحي: **HC05822253**


الإسم: **بريشيس اكنيا اموندي**
Name: PRECIOUS AKINYI OMONDI

تاريخ الميلاد: **26/8/2019**
Date of Birth: 26/8/2019

الجنسية: **كينية**
Nationality: Kenyan

الرقم الشخصي: **31940400034**
ID No: 31940400034

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



الأعراض المرضية الأساسية
IMPORTANT MEDICAL DATA

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

BLOOD GROUP: **A+** HEALTH CENT: **75**

تاريخ الإصدار: **22/12/2020**
PHC :
Location : 59636KRN

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28140400547 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 10/10/1981 تاريخ الميلاد:
Expiry: 09/08/2024 الصلاحية:
Nationality: كينيا الجنسية:
Occupation: مشغل آلة المهنة:



الاسم: كينيدي اوموندي اوشينج

Name: KENNEDY OMONDI OCHIENG

Passport Number: AK0552128 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 08/09/2029 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30528140400547 الرقم المسلسل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: شركة قطر غاز للتشغيل المحدوده الممتقدم:
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: 28140400751 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/01/1981 تاريخ الميلاد:
Expiry: 13/09/2024 الصلاحية:
Nationality: كينيا الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: الزبيث اسيا

Name: ELIZABETH ATIENO ISIAH

Passport Number:

BK177019

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

04/08/2031

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

30428140400751

الرقم المسلسل:

Residency Type:

عائلية

نوع الرخصة:

Employer:

كيندي اوموندي اوشينج

المستخدم:

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



للإدارة العامة

الوزارة

