

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"/>

Please attach (recent)
 2 passport size
 photographs
 of your child

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

APPLICANT INFORMATION

Family Name (as per passport): FADOL	Gender: Male: <input type="checkbox"/> Female: <input checked="" type="checkbox"/>
First Name (as per passport): GOFRAN NAGMELDEEN DIRAR HASSAN	Date of Birth (DD/MM/YYYY): 31/10/2015
Place of Birth (City/ State): BAHRI/KHARTOUM	Country of Birth: SUDAN
Passport No.: P08686358	Nationality: SUDANESE
Qatar ID No.: 31573601347	HMC Medical Card No.: HC08120822
Religion: (required by MOEHE) Muslim <input checked="" type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	Year Group/ Class requested for admission: SECOND GRADE

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: BRITISH EDUCATION SCHOOL	Year: 2021/2022
School Address: KHARTOUM STATE ESTERN NILE	
Syllabus followed in the school: British <input checked="" type="checkbox"/> American <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> (please specify): _____	

FAMILY INFORMATION

Home Address (in Qatar): AKC C22404
--

SPONSORING PARENT'S INFORMATION

Name: (as per passport) NAGMELDEEN DIRAR HASSAN FADOL	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.: 21147	
Qatar ID No.: 27473501482	Nationality: SUDANESE	
Mobile No.: 66937587	Home Tel. No.:	Work Tel. No.: 48601
Work Email Address: nfadol@qatargas.com.qa Personal Email Address: nagm_dirar@yahoo.com	Preferred contact: Work <input type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/>	

OTHER PARENT'S INFORMATION

Name: (as per passport) RANIA HASHIM IBRAHIM MOHAMED	Father <input type="checkbox"/> Mother <input checked="" type="checkbox"/>	
Qatar ID No.: 28273602227	Nationality: SUDANESE	
Mobile No.: 66937587	Home Tel. No.:	Work Tel. No.:
Email Address:		

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

Name: AZAM HASHIM IBRAHIM	Relationship: UNCLE	Tel No(s).: 70083749
----------------------------------	----------------------------	-----------------------------

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.

NO

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.

NO

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.

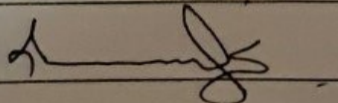


(Signature)

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: NAGMELDEEN DIRAR HASSAN FADOL

Signature: _____



Date: 6/6/2022

DECLARATION

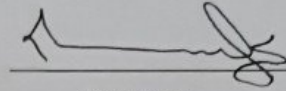
I confirm that the above information is correct. I agree to abide by all the policies of AKIS and accept that decisions of the Education Manager in any matter relating to the administration of AKIS as final.

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).

NAGMELDEEN DIRAR HASSAN FADOL

Name of Parent (In BLOCK letters)




Signature

6/6/2022

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Registration form duly completed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Two colored passport size photographs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Copy of student's passport*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Copy of student's RP (Qatar ID)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Copy of student's birth certificate*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 2 Copies of student's vaccination records	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Copy of student's sponsor's Qatar ID/RP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Copy of other parent's Qatar ID/RP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Copy of student's sponsor's passport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Copy of other parent's passport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* The original copy must also be presented for verification purposes

Admissions Office	Name	Signature	Date
Checked by:	REVIEWED By Nusaiba at 3:27 pm, Aug 15, 2022		
Reviewed by:	REVIEWED By Michelle.Polestades at 12:49 pm, Aug 17, 2022	<i>Mpotetades</i>	
Validated by Lead Registrar:	APPROVED By Sofiane.Bensmail at 11:47 am, Aug 10, 2022	<i>Sof Bens</i>	

**Qatargas Operating
Company Limited**
PO Box 22666
Doha, Qatar
T: +974 4473 6000
F: +974 4473 6666
www.qatargas.com



Tel. : 4452 3222
Fax : 4473 6345
Ref. : PA/21147/Q015268
Date : 05.06.2022

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is to certify that Mr. Nagmeldeen Dirar H. Fadol (Staff No:21147) is an employee of Qatargas Operating Company Limited. Employee joined the Company on 25 January 2022.

We confirm that Mr. Nagmeldeen Dirar H. Fadol is currently residing in Company provided accommodation as follows:

Residence Address

Flat C-22404 - 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: 31573601347

الرقم الشخصي:

D.O.B: 31/10/2015

تاريخ الميلاد:

Expiry: 05/05/2023

الصلاحية:

سودانية

الجنسية:

Nationality:

SUDAN

Occupation:

طالبة

المهنة:



الإسم: غفران نجم الدين درار حسن

Name: GOFRAN NAGMELDEEN DIRAR HASSAN

Passport Number:

P08686358

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

23/12/2026

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

30131573601347

الرقم المسلسل:

Residency Type:

ابنه

نوع الرخصة:

Employer:

نجم الدين درار حسن فضل

المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات

General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة

Holder's signature



Republic of The Sudan
Ministry of Interior
Police Force Headquarter
Passports & Civil Registration Corporation
Directorate of Civil Rolls



جمهورية السودان
وزارة الداخلية
رئاسة قوات الشرطة
هيئة الجوازات والسجل المدني
الإدارة العامة للسجل المدني

شهادة ميلاد
BIRTH CERTIFICATE

B0698734

الرقم المتسلسل

ولاية الخرطوم ولاية الخرطوم
Localities محليّة بحري State
Certificate Number شهادة رقم 287-151027
Number in Register رقم القيد بالسجل Page 434 الصفحة 681084
Date of Birth in Figures تاريخ الميلاد بالأرقام 20/09/2020
Gender اسم المولود باسمين
Name of Child أنتى
Father's Full Name اسم الوالد ولقبه نجم الدين درار حسن فضل
Father's Religion جنسية الوالد السودان
Father's Nationality ديانتته مسلم
Father's Residence محل إقامة الوالد الخرطوم، شرق النيل، شرق النيل، الشروق،
Mother's Name اسم الوالدة رانيا هاشم ابراهيم محمد
Mother's Residence محل إقامتها الخرطوم، شرق النيل، شرق النيل، الشروق،
Place of Birth محل الميلاد السودان، الخرطوم، بحري، شمبات الشمالية
Date of Issue تاريخ تحرير الشهادة 29/09/2020

الضابط المسئول

سامية عثمان سليمان محمد

الاسم

التوقيع

تقيب شرطة /
أحمد إسماعيل إبراهيم أبزه





جمهورية السودان
وزارة الخارجية على صحة الختم والتوقيع
11 OCT 2021
دون مسؤوليتها عن المحتويات

المفوض / عبد الرحيم سر الختم عمر
Amb/ Abdulrahim S. Omer

دولة قطر
STATE OF QATAR
وزارة الخارجية
Ministry of Foreign Affairs
الرقم: 2021125004377/1
التاريخ: 17/11/2021
السعر: 14,000 SOG
باسم نجم الدين درار حسن
نصادق على صحة الختم والتوقيع ل:
وزارة الخارجية السودانية
دون احدى مسؤوليتها عن المحتويات
03413254



(٧)

Your Child's Immunization Schedule

- A. Hexa: DTaP (Diphtheria, Pertusis, Tetanus) + Hib (Haemophilus influenzae type B) + HBV (Hepatitis B) + IPV (Injectable Polio)
- B. Penta: DTaP (Diphtheria, Pertusis, Tetanus) + Hib (Haemophilus influenzae type B) + HBV (Hepatitis B)
- C. Tetra (DTaP+Hib)
- D. Tripacel
- E. Tetanus, Di
- F. Influenza, I countries (



Following immunization
Child is suffering from

- Epileptic fit
- Any untoward reaction
- Severe cough

Common Immunization
Fever, local

Home Care Advice
Local Reaction
Cold Pack
Fever: Give
Localized Infection



Date

For more information Please call us at
4408-2444
Email : aiahlireception@qatarqas.com

Age	Birth	2 Months	4 Months	6 Months	12 Months	15 Months	18 Months	4-6 Years	11-12 Years
BCG	15/11/15								
Hepatitis B									
A Hexa (DTaP+ Hib+HBV+IPV)									
B Penta (DTaP+ Hib+HBV)	15/12/15	19/1/16	21/2/16						
Rotavirus		15/10/15	19/1/16						
Oral Polio Vaccine	15/11/15	15/12/15	19/1/16						
Pneumococcal Vaccine		15/12/15	19/1/16	21/2/16					
Measles, Mumps, Rubella									
Varicella									
Hepatitis A									
Influenza									
Meningococcal ACWY135									

1st visit
MMR1, Varicella, Hib
At 6 months
Varicella, Pentac, MMR2, Hib

الرضاعة الطبيعية المطلقة من الولادة إلى الشهر السادس

١. أرضعي طفلك فقط لبن الثدي حتى الشهر السادس من عمره حسب الطلب ليلاً ونهاراً على الأقل ٨ مرات في اليوم.
أطعمة الشهر السابع
أتركه يرضع من الثدي الأول حتى يفرغ تماماً ثم أعطه الثدي الآخر
اعتاد طفلك على تناول الأطعمة التكميلية إلى جانب الرضاعة باستخدام المعلقة أو الكوب.

مجموعات الأغذية	الكمية المقترحة لكل نوع	عدد الوجبات
لبن الأم		رضاعة حسب الطلب + مرفان أغذية أخرى
خضروات مسلوقة ومهروسة وفواكه طازجة أو مسلوقة ومهروسة عصيدة الحبوب	١-٢ ملعقة كبيرة ١/٢ - ٣/٤ فاكهة متوسطة الحجم ٢-٣ ملعقة	

أطعمة الشهر الثامن والتاسع:

في هذه الفترة تزداد احتياجات الطفل من الطاقة والحديد وفيتامين (أ) وتبدأ الأم في الشهر التاسع في تشجيع الطفل على الإمساك بقطع الطعام.

مجموعات الأغذية	الكمية المقترحة لكل نوع	عدد الوجبات
لبن الأم		رضاعة حسب الطلب + ٣ وجبات أساسية
أرز مسلوق + خبز مسلوقة أو فول مقشور + خبز خفيف حبوب مطبوخة من المتوفرة لدى الأسرة خليط الخضروات المسلوقة المهروسة	٢ ملعقة كبيرة ٣ ملعقة كبيرة ٢-٣ ملاعق كبيرة ١ ملعقة كبيرة ١ صفار بيضة	
لحوم بيضاء أو صفار بيض مسلوقة عصير فواكه طازج	١-٢ فنجان صغير	

أطعمة الشهر العاشر - سنة:

في هذه الفترة تزداد احتياجات الطفل من الطاقة والحديد وفيتامين (أ) ويلاحظ أنه يمكن البدء في إعطاء منتجات الألبان.

مجموعات الأغذية	الكمية المقترحة لكل نوع	عدد الوجبات
لبن الأم		رضاعة حسب الطلب + وجبات أساسية + وجبة خفيفة
أرز مسلوق + عدس مسلوقة أو فول مقشور + خبز خفيف حبوب مطبوخة من المتوفرة لدى الأسرة خليط الخضروات المسلوقة المهروسة	١ ملعقة كبيرة ٣ ملعقة كبيرة ٢-٣ ملاعق كبيرة ١ ملعقة كبيرة	
لحوم بيضاء أو جبن أبيض أو مطبوخة عصير فواكه طازج	١-٢ فنجان صغير	

أطعمة الشهر ١٢-٢٤

في هذه الفترة تزداد احتياجات الطفل من الطاقة والحديد وفيتامين (أ) ويبدأ الطفل في تناول طعام العائلة



تطعيمات الطفل:

نوع اللقاح	الجرعة	تاريخ الجرعة	العمر
البي سي جي (السل)		١/٥	٧ يوم
شلل (فموي)	الجرعة الصفيرية*	١/٥	٧ يوم
	الأولى	٤/١٩	
	الثانية	٦/١٩	
شلل (عضلي)	الثالثة	٤/٢١	
	الأولى	١١/١٩	
	الثانية	١/١٩	
الحماسي	الثالثة	٤/٢١	
	الأولى	٤/١٩	
	الثانية	١١/١٩	
المكورات الرئوية	الثالثة	٤/٢١	
	الأولى	٤/١٩	
	الثانية	١١/١٩	
الروتا**	الأولى	٤/١٥	
	الثانية	١١/١٩	
الحصبة	الأولى	١١/١٩	
	الثانية	١/١٦	

* لقاح الشلل: تعطى جرعة الشلل الصفيرية منذ الولادة حتى إسبوعين فقط.

** لقاح الروتا: يجب إعطاء الجرعة الأولى خلال الفترة من ٦ إلى ١٥ أسبوع فقط من ولادة الطفل على ألا يتجاوز عمر الطفل عند الجرعة الثانية ٨ أشهر.

مواعيد الجرعات التالية:

نوع الجرعة	التاريخ
الجرعة الأولى	بعد ٥-١٥ يوم
الجرعة القادمة	٢/١٩

هذا الكرت وثيقة مهمة يجب الحفاظ عليها

جدول تطعيمات الأطفال:

العمر	عند الولادة	٦ أسابيع	١٠ أسابيع	١٤ أسبوع	٩ شهور	١٨ شهراً
اللقاح						
السل جرعة واحدة						
شلل (فموي) ٤ مرات						
شلل (عضلي) جرعة واحدة						
الحماسي ٣ جرعات						
المكورات الرئوية ٣ جرعات						
الروتا جرعتان						
الحصبة جرعتان						



عزيزتي الأم

- شكراً لك لزيارتك للمركز وحرصك على تطعيم أطفالك.
- راجعي مع العامل الصحي مواعيد، نوع ومكان الجرعة القادمة.
- احرصي على اكتمال الجرعات المقررة لك ولطفلك.
- تعرفي على الآثار الجانبية المحتملة وكيفية التعامل معها.
- إحرصي على الإحتفاظ بالكرت واحضاره عند كل زيارة لك ولطفلك.

الرقم التسلسلي: ٢١٥
الولاية: الخرطوم
المحلية: بحري
إسم المؤسسة الصحية: مدينة البلاء
نوع المؤسسة الصحية: ثابت فرعي جوال
البيانات الشخصية:
إسم الطفل: عمار محمد الدليم دار
النوع: ذكر أنثى
تاريخ أول زيارة: ٢٠١٥/١١/٥
عمر الطفل: ٧ يوم
تاريخ الميلاد: ٢٠١٥/١١/٥
السكن: داخل يوسفي اطابقوما م
القياسات عند الولادة:
الوزن: الطول ترتيب المولود: الرابع
التغذية:
عمر الطفل عند إضافة أي أطعمة أو سوائل:
عمر الطفل عند إنهاء الرضاعة المطلقة:
تلفون المركز/ الفني إن وجد: ٧٩٥٥

مطبعة
0912911512

THE REPUBLIC OF SUDAN
KHARTOUM STATE
MINISTRY OF EDUCATION
GENERAL DIRECTORATE
OF PRIVATE EDUCATION
DIRECTORATE OF FOREIGN
EDUCATION

Examination result of the :
Semester
Academic Year 2021/2022



EXAMINATION RESULT

BASIC EDUCATION LEVEL

STATE : Khartoum

LOCALITY : East Nile

NAME OF SCHOOL :
British Educational

CLASS : one

Student's Name : **GOFRAN NAGM ELDEEN DIRAR HASSAN** Assessment :

Subject	Holy Quran	Islamic Education	Christian Education	Arabic Language	Math	English Language	French	Science	Geography	History	Social Studies	ICT	Arts	Total
Full marks	20	10		30	30	20								110
Marks Obtained	20	10		30	30	20								110

General Remarks

she is good at all subjects, studious, quiet, I wish her all the best.

Name of Class Tutor :

Signature :

Total of Marks in Letters :

Pass Mark of Each Subject = 50% of the Full Marks

Name of School Principal **Elsaid Al-Muhammad ElFadoul**

Signature *Elsaid*

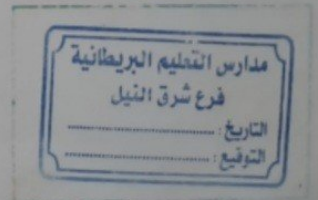
Issue Date of Result :

1 / 20

Date of school Resumption :

1 / 20

SEAL



(ANY SCRATCH OR CHANGE MADE ON THIS CERTIFICATE WILL RENDER IT INVALID)

Attention: When Student transferred abroad

This is to certify that the student is registered in the school's register for the Academic year 2021 to 2022.

CLASS : one



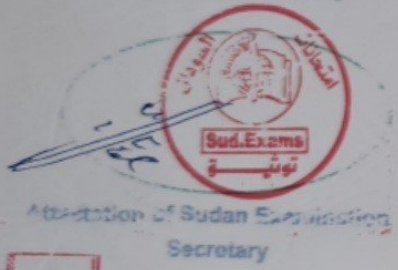
Approval of Private Education Directorate in Locality



Approval of Private Education Directorate in Khartoum



Ministry of Foreign Affairs



Secretary of Sudan Examinations

Grade :

- Excellent : over 90% of full marks
- Very Good : 75% - 89% of full marks
- Good : 60% - 74% of full marks
- Fair : 50% - 59% of full marks
- Poor : Less than 50% of full marks

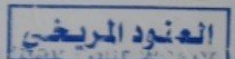
Dear Parents :

- Let your children tell the truth and be honest.
- Be sure that you are good friends.
- Your paying attention to enriching your child's education.



Dear Parents :

- Maintain your child's education for fighting your dreadful enemy.
- Your maintaining your school priorities reflects your sincere patriotism.
- Your sharing in national and charitable events for your sharing in righteousness and piety.
- Your preservation of environment sanitation of school and residence denotes your faith.
- Your cause cleanliness is of faith.
- Your respect for your teacher is a sacred duty, a teacher is about to be Messenger.





مؤسسة حمد الطبية
Hamad Medical Corporation

HEALTH · EDUCATION · RESEARCH صحة · تعليم · بحوث



H.C. No. : الرقم الصحي
HC08120822

البطاقة الصحية
Health Card

الإسم: غفران نجم الدين درار حسن

Name: **GOFRAN NAGMELDEEN DIRAR HASSAN**

Date of Birth: التاريخ الميلاد: **31/10/2015**

Nationality: الجنسية: **Sudanese** سودانية

ID No: الرقم الشخصي: **31573601347**

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

BLOOD GROUP:

HEALTH CENTRE **75**

تاريخ الإصدار

31/5/2022

PHC :

Location : **68338KRN**

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27473601482

الرقم الشخصي:

D.O.B: 19/04/1974

تاريخ الميلاد:

Expiry: 25/01/2024

الصلاحية:

Nationality:

سوداني
SUDAN

الجنسية:

Occupation:

مشرف موقع

المهنة:

الإسم: نجم الدين درار حسن فضل



Name: NAGMELDEEN DIRAR HASSAN FADOL

Passport Number:

P07933940

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

25/09/2031

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

30127473601482

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



Passport Number:

P08630773

Passport Expiry:

13/12/2031

Serial No:

30128273602227

Residency Type:

عائلية

Employer:

نجم الدين نزار حسن فضل

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



رقم جواز السفر
تاريخ انتهاء الجواز
الرقم المسلسل
نوع الرخصة
المستقدم:



State Of Qatar

Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28273602227

الرقم الشخصي:

D.O.B.: 17/12/1982

تاريخ الميلاد:

Expiry: 05/05/2023

الصلاحية:

سودانية

الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: ربة منزل

المهنة:

اسم: رانيا هاشم ابراهيم محمد نور

Name: RANIA HASHIM IBRAHIM MOHAMED NOR









Khartoum State
Ministry of Education
General Directorate of Foreign Education



Date: 22/04/2022

Certificate of Enrollment

Level: _____

Name of student: GOFRAN NAGM EL DEE W DIRAR HASSAN

Name of School: British Educational class: 1 (passed)

Locality: East Nile Academic Year: 2021-2022

Purpose of certificate: _____

School administration certifies that the above mentioned information has been issued upon student's request to submit to whom it may concern.

Approval of School Principal

Approval of Director of Foreign Education in Locality

Name: EATIDA LMAHMUD ALFADL

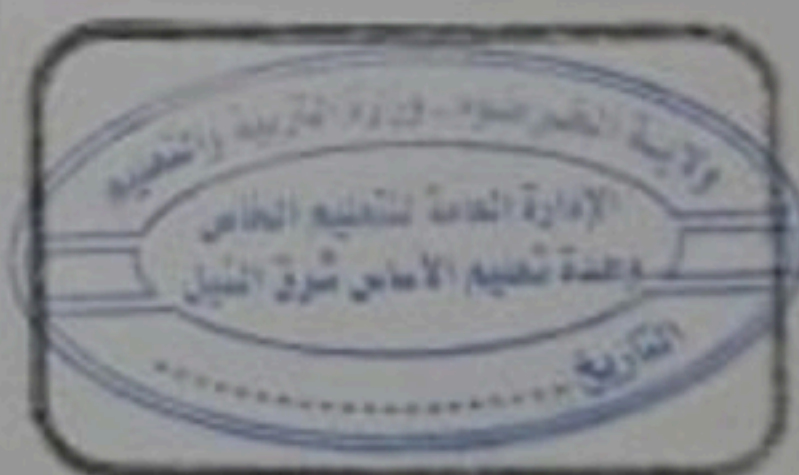
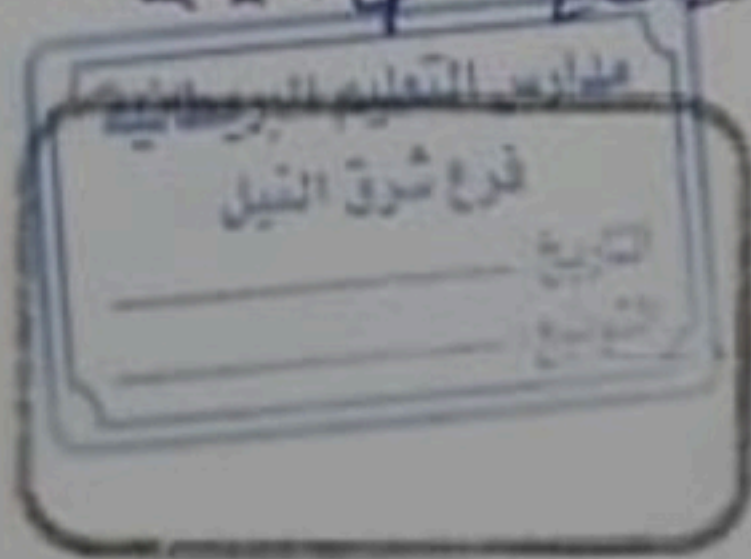
Name: Ahmed Mohamed Hael

Signature: EATIDL

Signature: Ahmed

Date: 22.4.2022

Date: 27-4-2022



Approval of Director of Foreign Education in State

Approval of Sudan Examinations

Name: _____

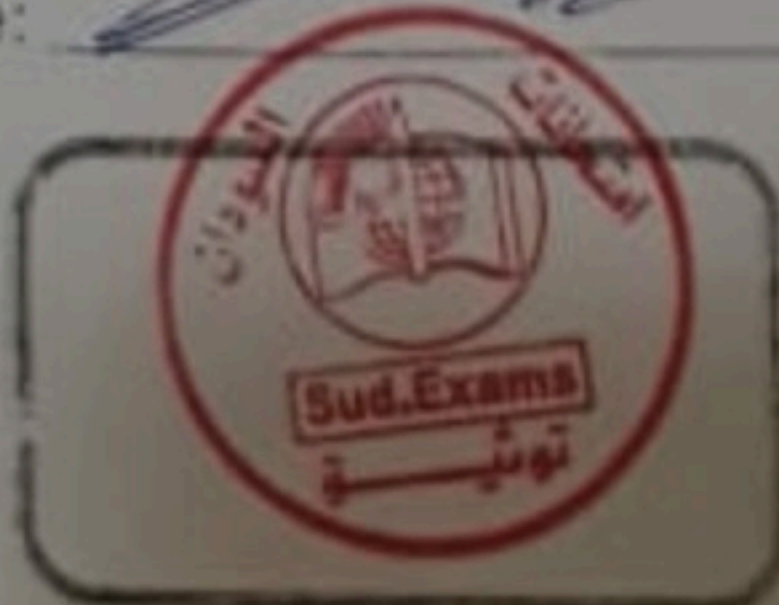
Name: Imad Abdel Ghal

Signature: _____

Signature: _____

Date: _____

Date: _____





British Educational Schools



CERTIFICATE

GOFRAN NAGMELDEEN DIRAR

has been a pupil at BRITISH EDUCATION SCHOOL since June 2021 when she was enrolled in grade one .

She has fully covered and completed the approved course for primary school up to grade 1 and was promoted to grade 2 .

She has been granted transfer from BRITISH EDUCATION SCHOOL on his parent's request .

We wish him the very best in his new school and future

Any assistance and/ or consideration accorded to him will be highly appreciated .

Administration of School



Eteidal Mhmod ElFadoul