

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): Zahidi	Gender: Male: <input checked="" type="checkbox"/> Female: <input type="checkbox"/>
First Name (as per passport): Syed Sulaiman Hamid	Date of Birth (DD/MM/YYYY): 13 March 2019
Place of Birth (City/ State): Doha	Country of Birth: Qatar
Passport No.: GF5178761	Nationality: Pakistan
Qatar ID No.: 31958600258	HMC Medical Card No.: HC05634075
Religion: (required by MOEHE) Muslim <input checked="" type="checkbox"/> Christian <input 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 Urdu speaks to her child mainly in English

Father's native language is Urdu speaks to his child mainly in English

Nanny's/Maid's native language is Filipino speaks to her child mainly in English

DETAILS OF LAST SCHOOL (if applicable)

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

FAMILY INFORMATION

Home Address (in Qatar): B-424, Al Khor Community, Al Khor		
SPONSORING PARENT'S INFORMATION		
Name: (as per passport) Ali Ahmed Zahidi		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.: 15595
Qatar ID No.: 27058603118	Nationality: Pakistan	
Mobile No.: +974 33843041	Home Tel. No.: +974 44569782	Work Tel. No.: +974 44738074
Work Email Address: azahidi@qatargas.com.qa Personal Email Address: alizahidi@hotmail.com		Preferred contact: Work <input type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/>
OTHER PARENT'S INFORMATION		
Name: Shagufta Ali (as per passport)		Father <input type="checkbox"/> Mother <input checked="" type="checkbox"/>
Qatar ID No.: 27958603441	Nationality: Pakistan	
Mobile No.: +974 66195121	Home Tel. No.: +974 44569782	Work Tel. No.: N/A
Email Address: shaguftaali79@gmail.com		

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

Name: Syeda Hija Saba	Relationship: Sister	Tel No(s).: +974 50464072
-----------------------	----------------------	------------------------------

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.

None

Additional/Special Needs:

Does your child have any additional/special needs that the school needs to be aware of? **None**

Hearing Sight Speech Other - please specify: _____

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: Ali Ahmed Zahidi

Signature: _____

Date: 02-Mar-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).

ALI AHMED ZAHIDI



02-Mar-2023




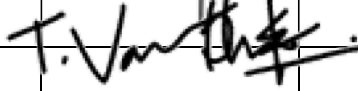
Name of Parent (In BLOCK letters)

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)	N/A <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:			

شركة قطرغاز
للتشغيل المحدودة
ص ب ٢٢٦٦٦
الدوحة، دولة قطر
الهاتف: ٦٠٠٠ ٤٤٧٣ +٩٧٤
فاكس: ٦٦٦٦ ٤٤٧٣ +٩٧٤
www.qatargas.com.qa



Tel. : 4452 3222
Fax : 4473 6345
Ref. : PA/15595/Q020720
Date : 19.02.2023

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is to certify that Mr. Ali Ahmed Zahidi (Staff No:15595) is an employee of Qatargas Operating Company Limited. Employee joined the Company on 01 May 2012.

We confirm that Mr. Ali Ahmed Zahidi is currently residing with family in Company provided accommodation as follows:

Residence Address

Villa B-424 - AKC Al-Khor Housing Community
Al-Khor
P.O. Box 22166
State of Qatar

Yours faithfully,

For **QATARGAS OPERATING COMPANY LIMITED**



Saad Rashid Al-Mohannadi

SENIOR PA OPERATIONS SUPERVISOR

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 31958600258 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 13/03/2019 تاريخ الميلاد:
Expiry: 22/04/2026 الصلاحية:
Nationality: PAKISTAN الجنسية:
Occupation: طفل المهنة:
الاسم: سيد سليمان حميد زاهدي



Name: SYED SULAIMAN HAMID ZAHIDI

Passport Number: GF5178761 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 02/04/2024 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30631958600258 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: علي احمد زاهدي المستخدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل الوثيقة
Holder's signature



Birth Certificate / شهادة ميلاد

Baby Name	SYED SULAIMAN HAMID ZAHIDI	اسم المولود
Sex	Male	الجنس
Date of Birth	13/03/2019 (06/07/1440)	تاريخ الميلاد
Date of Birth in Words	THIRTEENTH OF MARCH TWO THOUSAND NINETEENTH	تاريخ الميلاد بالحروف
Place of Birth	AL-AHLI HOSPITAL - QATAR	محل الميلاد
Father's Name	ALI AHMED ZAHIDI HAMID HUSSAIN SABA	اسم الأب
Religion	MUSLIM	ديانة الأب
Nationality of Father	PAKISTAN	جنسية الأب
Mother's Name	SHAGUFTA ALI	اسم الأم
Religion	MUSLIM	ديانة الأم
Nationality of Mother	PAKISTAN	جنسية الأم
Registration Number	005836/2019	رقم التسجيل
Registration Date	18/03/2019 07.23 AM	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



Director of the Public Health

Registerer
afraa

مدير ادارة الصحة العامة

مسئول التسجيل

ABW3259

PAKISTAN

BABY BOY SHAGUFTA ALI

Nursery 1A

Dr. Mohamad Anas Barakat

Al Ahli Price List

QID-27958603441C4

D.O.B: 13/03/2019

33843041

Male



Syed Sulaiman السليماني

AL-AHLI HOSPITAL

15595

INP223994

106-



المستشفى الأهلي
AL-AHLI HOSPITAL

كتاب مواعيد الطفل
Baby appointment book



رقم السجل الطبي لطفلك
Medical Record No:

A B W 3 2 5 9

تاريخ الميلاد
Date of Birth:

13 03 2019 @ 2307H

مدة الحمل بالاسبوع
Gestational Age:

38 wks. weeks

نوع الولادة
Mode of Delivery:

طبيعية NVD قيصرية CS بوسائل مساعدة Instrumentation

مقياس ايجار
APGAR score:

9 دقيقة واحدة 1 min 10 دقائق 5 min

الوزن عند الولادة
Birth weight:

2.800 kg كجم kg

الطول عند الولادة
Length at Birth:

50 سم cm

محيط الرأس
Head circumference:

33 سم cm

هرمون الغدة الدرقية
TSH:

5.49

تشخيص اليميا الفول
G6PD:

NORMAL

فصيلة دم الطفل
Baby Blood Group:

O positiv

فصيلة دم الأم
Mother's Blood Group:

O +ve.



جدول التطعيم
Vaccination schedule



Birth - 12 months

العمر Age	نوع التطعيم Vaccine	التلقيح Batch	تاريخ التطعيم Date Given	بواسطة من Given By	ملاحظات Remarks
عند الولادة Birth	لقاح النسل (اللدن) BCG	Japan BCG 1621	14-03-19	Jmd 12424	
	لقاح التهاب الكبد الوبائي - 1 HBV	AH0VLC685A	14/3/19	Sm 12893 (derailed web)	
عمر شهرين 2 months	اللقاح التتداسي (دفتريا+خزاز+السعال الديكي+لقاح جرثومة الحموفيلوس الفلورا ب +لقاح التهاب الكبد ب +لقاح شلل الأطفال العضلي)	M2A67IV	14/5/19	Arka. Alceme	
	Hexa (DtaP+Hib+HBV+IPV)				
	لقاح الرئويات - 1 PCV 1	T62561	14/5/19		
	لقاح فيروس الروتا - 1 Rota 1	A12013D76Bm	14/5/19		




* ms done (QAH)



العمر Age	نوع التطعيم Vaccine	التلقيح Batch	تاريخ التطعيم Date Given	بواسطة من Given By	ملاحظات Remarks
٤ شهور 4 months	لقاح الرئويات ٢ PCV 2	N 379 310	28/8/19	Norel Sugg	T well
	لقاح فيروس الروتا ٢ Rota 2	ATRO 1995 810			
	اللقاح الخماسي ١ - التلثاني (دفتريا، السعال الديكي، الكزاز، لقاح جرثومة الحميفيلوس انفلونزا لمط ب+ لقاح التهاب الكبد ب) Penta 2	N 28 10			
	لقاح الشلل العموي ١ OPV 1	R 3608 01a1	26-9-19	9/0 Seml	Tolerated well
٦ شهور 6 months	لقاح الرئويات ٣ PCV 3	P 3E99 IIm (R) trysk	26-9-19	9/0 Seml	Tolerated well
	اللقاح الخماسي ٢ - Penta 2	28554013A1 IIm (R) trysk	26-9-19	9/0 Seml	Tolerated well
	لقاح الشلل العموي ٢ OPV 2				

جدول التطعيم
Vaccination schedule

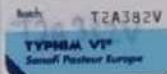
1 - 10 years

العمر Age	نوع التطعيم Vaccine	التلقيح Batch	تاريخ التطعيم Date Given	بواسطة من Given By	ملاحظات Remarks
عند عمر سنة 1 year	لقاح الحصبة+الحصبة الالمانية+النكاف _ ا MMR 1	AMJED865 AA LD, SL	 15/03/2020	} Antwi Hecmi	
	لقاح جدري الماء _ ا Varicella 1	R036933 RD, SL			
	لقاح التهاب الكبد ا _ ا Hep A 1	R021964 RD, 1m			
١٥ شهراً 15 months	لقاح الرباعي ثلاثي+جرثومة العيمو فيلوس (الفلونزا لمط ب) Tetra /Penta	285810376 RD/1m	 29/9/20	→ Hesty	
	لقاح الرئويات _ منشطة PCV B				
١٨ شهراً 18 months	لقاح النسلل القموي _ منشطة _ ا OPV 1B	T3A06 PO	 29/9/20	} Hesty AUCMC	
	لقاح التهاب الكبد ا _ ٢ Hep A 2	R7B491V 1m/LD			

العمر Age	نوع التطعيم Vaccine	التلقيح Batch	تاريخ التطعيم Date Given	بواسطة من Given By	ملاحظات Remarks
١٨ شهر 18 months	لقاح الحصبة+الحصبة الالمانية+الكاف _ ٢ MMR 2	AMJR0917AP SC/LD	→ 29/11/20	Hesby.	
٤-٦ سنوات 4-6 years	لقاح ثلاثي _ منشطة DTaP B				
	لقاح النسلل الفموي _ منشطة _ ٢ OPV 2B				
	لقاح جذري الماء _ ٢ Varicella 2				
١١ سنة 11 years	لقاح الثلاثي _ منشطة_٣ Td 3B				
فوق سن السنة Over 1 year	لقاح التهاب الكبد ب Hepa B series				
	لقاح الكريب (فيورس انفلونزا السنوي) Influenza				
	لقاح الكريب (فيورس انفلونزا السنوي) Influenza				
لل كبار والاطفال فوق سن العامين For Adults & Children over 2 years	لقاح التهاب السحايا بالمخورات السحائية (المخورات الرئوية) Meningitis				

لقاحات اختيارية اخرى

Other Optional Vaccines

تاريخ التطعيم Date	نوع التطعيم Vaccine	التلقيح Batch	ملاحظات Remarks
19/3/22	Typhoid vaccine #1		AAH (Wennie)

PPD Test

تاريخ التطعيم Date	نوع التطعيم Vaccine	التلقيح Batch	ملاحظات Remarks
النتيجة Result:			



H.C. No. : **HC05634075** الرقم الصحي: **البطاقة الصحية Health Card**

الإسم: **سيد سليمان حميد زاهدي**
Name: **SYED SULAIMAN HAMID ZAHIDI**
Date of Birth: **13/3/2019** تاريخ الميلاد:
Nationality: **Pakistani** الجنسية: **باكستاني**
ID No: **31958600258** الرقم الشخصي:

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



الأمراض المرضية الأساسية
IMPORTANT MEDICAL DATA
• CAD • RENAL FAILURE
• EPILEPSY • ASTHMA & COPD
• HYPERTENSION • DRUGS ALLERGY
• DIABETES MELLITUS • IMUNOSUPPRESSED
• COAGULATION DISORDER

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

تاريخ الإصدار
19/2/2020

PHC :
Location : **57444KRN**

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27058603118 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 10/07/1970 تاريخ الميلاد:
Expiry: 30/04/2024 الصلاحية:
Nationality: PAKISTAN الجنسية:
Occupation: مهندس المهنة:
الاسم: علي احمد زاهيدي



Name: ALI AHMED ZAHIDI

Passport Number: AR5179793 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 05/09/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30627058603118 الرقم المميز:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: شركة قطر غاز للتشغيل المحدوده المتقدم:
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: 27958603441 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 26/06/1979 تاريخ الميلاد:
Expiry: 03/07/2026 الصلاحية:
Nationality: PAKISTAN الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:

باكستان
الاسم: شالفتا علي

Name: SHAGUFTA ALI



Passport Number: FN1791973 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 05/09/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30627958603441 الرقم المسلسل:
Residency Type: عائلية نوع الرخصة:
Employer: علي احمد زهبي المتقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

Shagufta



