

(استمارة تسجيل منتسب/ة)

اسم المنتسب/ة:

رقم الملف:



..... تاريخ تعبئة الطلب:

..... اسم المنتسب:

..... رقم البطاقة الشخصية القطرية

الجنس

ذكر

انثى

..... الجنسية

أبناء القطريات

لا

نعم

..... مكان الميلاد..... تاريخ الميلاد.....

..... المركز الصحي التابع له الرقم الطبي (HC)



العنوان الوطني للمنتسب

رقم المبنى..... رقم الشارع.....

رقم المنطقة..... اسم المنطقة.....

رقم الكهرباء للمنزل.....

الحاجة للمواصلات (باص)

لا

نعم

استخدام كرسي متحرك

لا

نعم



رقم جوال الأب رقم جوال الام

رقم هاتف المنزل رقم جوال أحد الاقارب

رقم ارسال المسجات.....

صندوق البريد.....

البريد الالكتروني (1)

البريد الالكتروني (2)

اسم ولي الامر المسؤول عن المنتسب

صلة القرابة

هل توجد صلة قرابة بين الاب والام

لا

نعم



هل ما زالت العلاقة الزوجية بين الاب والام قائمة

لا

نعم

هل يتلقى المنتسب خدمات تعليمية من وزارة التعليم او التعليم الخاص في الفترة الحاليه

لا

نعم

إذا كانت الاجابة بنعم اذكر اسم المدرسة أو المركز

هل تلقى المنتسب خدمات تعليمية سابقة من وزارة التعليم او التعليم الخاص

لا

نعم

إذا كانت الاجابة بنعم اذكر

اسم المدرسة

مدة الدراسة

ملاحظات المدرسة



هل تلقي المنتسب خدمات تأهيلية خاصة بذوي الإعاقة

○ خدمات صحية

○ خدمات اجتماعية

○ خدمات تربوية

○ خدمات نفسية

○ خدمات تأهيلية

.....خدمات اخرى

.....اسم الجهة

هل هناك اشخاص آخرون من ذوي الإعاقة داخل الاسرة

إذا كانت الاجابة نعم يرجى ذكر

.....عددهم

.....صلتهم بالمنتسب



الجنس

ذكر

انثى

نوع الاعاقة حسب ما ذكر في التقرير الطبي

عند حدوث أمر طارئ لابنكم / ابنتكم أقرب شخص يتم الاتصال به:

الاسم.....

صلة القرابة..... رقم الهاتف.....

اسم الشخص الذي اخذت منه البيانات.....

صلته بالمنتسب.....

تاريخ تعبئة الطلب..... التوقيع.....

خاص بوحدة التسجيل والتقييم



اسم الشخص القائم بالتسجيل

تاريخ التسجيل..... التوقيع

البيانات الطبية والتغذية

اسم الجهة الطبية المتابعة لحالة ابنكم /ابنتكم

مؤسسة حمد الطبية

مركز سدرة

غير ذلك

اسم الطبيب أو الأخصائي المتابع للحالة

هل دخل ابنكم /ابنتكم إلى المستشفى خلال الفترة السابقة

لا

نعم

يرجى ذكر سبب دخول المستشفى



هل توافقون على إجراء الفحوصات المخبرية الروتينية اللازمة لابنتكم/ابنتكم عن طريق المركز

لا

نعم

هل يوجد لدى ابنتكم / ابنتكم أي نوع من الحساسية من دواء معين

لا

نعم

في حال وجود حساسية من دواء معين يرجى ذكر اسم الدواء

هل يتناول ابنتكم / ابنتكم أي نوع من الادوية بصورة مستمره

لا

نعم

إذا كانت الاجابة بنعم يرجى ذكر

اسم الدواء	نوع الدواء (شراب/حبوب/حقن....)	كمية الجرعة	عدد الجرعات خلال اليوم



هل يتنفس ابنكم/ابنتكم عن طريق أنبوب الرغامي

لا

نعم

هل يتغذى ابنكم/ابنتكم عن طريق أنبوب من الانف أو بفتحة من البطن

لا

نعم

هل لدى ابنكم / ابنتكم صعوبة في البلع او المضغ

لا



نعم

ما نوع قوام الطعام الذي يتناوله ابنكم/ابنتكم

القوام الطبيعي للطعام

القوام اللين للطعام

في حالة اختيار القوام اللين يرجى ذكر سبب اعتماد ابنكم/ابنتكم على القوام اللين

صعوبة البلع

تعود منذ الصغر ولم يتم تدريبه على القوام الطبيعي للطعام

غير ذلك

هل لدى ابنكم / ابنتكم حساسية من نوع معين من الطعام

لا

نعم

إذا كانت الاجابة بنعم يرجى ذكر الأطعمة التي لدى ابنكم/ابنتكم حساسية منها



هل يتناول ابنكم / ابنتكم وجبة الافطار قبل الخروج من المنزل

لا

نعم



تعهد

أقرأ أنا الموقع أدناه على أنني قمت بقراءة وفهم محتوى هذا القرار وموافق على جميع محتوياته،
وأؤكد على أن جميع المعلومات الواردة في (استمارة التسجيل) صحيحة

1- التسجيل الأولي والتقييم لابني/ابنتي لا يعني القبول بمركز الشفلح بل يعتمد ذلك على المؤشرات التالية:

- نتيجة تقرير تقييمه.

- الشواغر المتوفرة.

- الفئة العمرية (لا تتجاوز 18 سنة على الأكثر)

2- يلتزم ابني / لبنتي بارتداء الزي الرسمي الخاص بمركز الشفلح .

3- الالتزام بتوفير المواصلات في حال تعذر توفيرها من قبل مركز الشفلح.

4- الالتزام بعدم دخول المرافق الدراسية دون التنسيق المسبق مع فريق العمل التابع للقسم الملتحق به المنتسب.

5- الالتزام بإخطار الأخصائية الاجتماعية بالقسم أو الوحدة في حال انسحاب ابني/ابنتي من المركز ، أو انتقاله إلى مركز تعليمي آخر.

6- الالتزام بإخطار الأخصائية الاجتماعية بالقسم أو الوحدة في حال غياب ابني / ابنتي لمدة تتجاوز 15 يوم.

7- يحق لإدارة المركز سحب ابني / ابنتي إذا تغيب عن المركز مدة (15) يوما فأكثر بدون عذر طبي أو إذن مسبق من مركز الشفلح.

8- يتم تخرج المنتسب من مركز الشفلح للأشخاص ذوي الإعاقة عند بلوغه سن (21) سنة.

9- الالتزام بكافة القواعد واللوائح والسياسات والبروتوكولات المتبعة والقرارات الصادرة من مركز الشفلح .

10- في حالة وقوع حادث أو أمر طارئ تعرض له ابني/ابنتي أثناء تواجده بالمركز أن يتخذ المركز كافة الإجراءات المناسبة

كاجراء الاتصالات اللازمة بخدمات الطوارئ او تدخل الأطباء في مركز الشفلح ، كما يحق لمركز الشفلح إبلاغ الجهات المختصة في

حالة اكتشاف تعرض ابني/ابنتي للتعنف أو الإساءة البدنية أو النفسية. التوقيع



تعهد

م	الجانب	موافق	غير موافق
1	السماح بالتصوير الداخلي		
2	السماح بالتصوير الخارجي		
3	التصوير بالصحف والمجلات		
4	عرض صور ابني/ ابنتي في الكتيبات العلمية أو منشورات المركز		
5	عرض صور ابني/ ابنتي في مواقع التواصل الاجتماعي الخاصة بالمركز		
6	عرض صور ابني/ ابنتي في الأفلام الوثائقية		
7	المشاركة في الرحلات والزيارات الخارجية		
8	المشاركة في الفعاليات والأنشطة الخارجية.		

التوقيع:



Registration Form for Enrolled Affiliates

Name of Enrolled Affiliates:

File Number:



Date of Form Completion:

Enrolled Affiliates Name:

National ID Number:

Gender

Male

Female

Nationality:

Qatari Children

No

Yes

Place of Birth: Date of Birth:

Affiliated Health Center: Medical Record Number (HC):



National Address of the Enrolled Affiliates

Building Number: Street Number:

Zone Number: Area Name:

Household Electricity Number:

Need for Transportation (Bus)

- No
- Yes

Use of Wheelchair

- No
- Yes



Father's Mobile Number: Mother's Mobile Number:

Home Phone Number: Relative's Mobile Number:

Text Message Sender Number:

P.O. Box:

Email (1):

Email (2):

Name of the Legal Guardian of the Enrolled Affiliates:

Relationship:

Is there a kinship relationship between the father and mother?

No

Yes



Is the marital relationship between the father and mother still intact?

- No
- Yes

Is the enrolled Affiliates receiving educational services from the Ministry of Education or private education currently?

- No
- Yes

If yes, please provide the name of the school or center:

Has the enrolled affiliate received previous educational services from the Ministry of Education or private education?

- No
- Yes

If yes, please provide:

School Name:

Duration of Study:

School Notes:



Is the enrolled affiliate receiving special rehabilitation services for people with disabilities?

- Health Services**
- Social Services**
- Educational Services**
- Psychological Services**
- Rehabilitation Services**

Other Services:

Name of the Institution:

Are there other individuals with disabilities within the family?

If yes, please mention:

Number of them:

Their relationship to the enrolled affiliate:

Gender

Male

Female

Type of disability as mentioned in the medical report:



In case of an emergency involving your son/daughter, the nearest person to be contacted is:

Name:

Relationship: **Phone Number:**

Person who collected the data:

Relationship to the Enrolled affiliate:

Date of Form Completion: **Signature:**



For the Registration and Evaluation Unit

Name of the person registering.....

Date of registration..... Signature.....

Required Documents for registration.

- Copy of Valid Passport for the affiliate.
- Copy of valid QID (Non- Qataris).
- Affiliate Personal Photo.
- Copy of Birth Certificate.
- Copy of Vaccination card.
- Copy of Health Card.
- Copy of Medical Reports.
- Copies of previous Educational or Evaluation Certificates if any.



Medical and Nutritional Data

Name of the Medical Institution monitoring your son/daughter's condition:

- Hamad Medical Corporation
- Sidra Center
- Other

Name of the Doctor or Specialist following up on the case:

Has your son/daughter been admitted to the hospital during the previous period?

- No
- Yes

Please state the reason for hospital admission:

Do you agree to conduct the necessary routine laboratory tests for your son/daughter through the center?

- No
- Yes



Does your son/daughter have any allergies to a specific medication?

- No
- Yes

If yes, please mention the name of the medication:

Is your son/daughter taking any medication regularly?

- No
- Yes

If yes, please provide:

Medication Name	Medication Type (Syrup/Tablet/Injection....)	Dosage Quantity	Number of doses per day



Does your son/daughter breathe through a tracheostomy tube?

- No
- Yes

Does your son/daughter receive nutrition through a nasal or abdominal tube?

- No
- Yes

Does your son/daughter have difficulty swallowing or chewing?

- No
- Yes

What type of food consistency does your son/daughter consume?

- Natural food consistency
- Soft food consistency



If you chose a soft consistency, please state the reason for your son/daughter relying on a soft consistency:

- Difficulty in swallowing**
- Habit since childhood and not trained on the natural food consistency.**
- Other**

.....

Does your son/daughter have any food allergies?

- No**
- Yes**

If yes, please mention the foods your son/daughter is allergic to:

.....

Does your son/daughter have breakfast before leaving home?

- No**
- Yes**



Commitment

I, the undersigned, declare that I have read and understood the content of this decision and agree to all its contents. I confirm that all the information provided in the (registration form) is accurate.

1. The initial registration and assessment for my son/daughter do not imply acceptance at the Shafallah Center. It depends on the following indicators:

- Assessment report result.
- Available vacancies.
- Age category (not exceeding 18 years).

2. When I am notified of my son/daughter's decision to join the center, I must provide proof that he is not enrolled in the schools and centers of the country

3. My son/daughter is committed to wearing the official uniform of the Shafallah Center.

4. Commitment to providing transportation if not available from the Shafallah Center.

5. Commitment not to enter companions into classrooms without prior coordination with the affiliated department.

6. Notify the social worker in the department or unit in case my son/daughter withdraws from the center or transfers to another educational center.

7. Notify the social worker in the department or unit in case my son/daughter is absent, and the center's management has the right to withdraw my son/daughter if absent from the center for (15) days or more without a medical excuse or prior permission from the Shafallah Center.

8. Affiliated individuals with disabilities graduate from the Shafallah Center at the age of (21).

9. Commitment to all rules, regulations, policies, protocols, and decisions issued by the Shafallah Center.

10. In the event of an accident or emergency involving my son/daughter at the center, the center will take appropriate measures, including contacting emergency services or involving doctors at the Sha Shafallah Center. The Shafallah Center also has the right to inform relevant authorities if there is evidence of violence, physical or psychological abuse against my son/daughter.

Signature:



Commitment

If my son / daughter is admitted to the shafallah Center for people with disabilities, I acknowledge the following.

#		Agree	Not agree
1.	Allow indoor photography		
2.	Allow outdoor photography		
3.	Photography in newspapers and magazines		
4.	View photos of my son / daughter in scientific brochures or publications of the center		
5.	View photos of my son / daughter on the center's social networking sites		
6.	Showing photos of my son / daughter in documentaries Film		
7.	Participation in trips and outdoor visits		
8.	Participation in outdoor events and activities.		

Signature

