



طلب تسجيل REGISTRATION FORM

ورشة عمل تطبيقية: فهم اضطراب طيف التوحد
Workshop Applied For: UNDERSTANDING AUTISM SPECTRUM DISORDER

اسم مقدم الطلب / Name of the Applicant

الصورة
Photo

تاريخ الميلاد / Date of Birth

الجنس / Gender

رقم الهاتف المتحرك / Mobile Number

رقم هاتف المكتب / Office Number

رقم هاتف المنزل / Residence Number

البريد الإلكتروني / Email Address

المؤهل التعليمي / Educational Qualifications

المهنة / Present Employment

العنوان / Address

تعهد

أقر رسمياً أن التفاصيل أعلاه عني صحيحة ودقيقة. أوافق على قواعد وأنظمة ورشة العمل المنظمة في مركز دبي للتوحد، وأتعهد أيضاً بأنني سوف ألتزم بها. كما أعلم وأوافق على أن الرسوم (إن وجدت) بمجرد دفعها لن يتم استردادها تحت أي ظرف.

UNDERTAKING

I solemnly declare that the above particulars about me are true and correct. I agree to the rules and regulations of the Workshop and Dubai Autism Center, and also undertake that I will abide by them. I also know and agree that fees (if any) once paid will not be refunded under any circumstances.

التاريخ / Date

الاسم والتوقيع / Signature

يتم تعبئتها من قبل الموظف المسؤول عن التسجيل TO BE FILLED-IN BY THE ADMISSIONS OFFICER

تاريخ القبول / Date of Admission

رقم التسجيل / Admission No

تفاصيل رسوم البرنامج / Program Fee Details

توقيع موظف التسجيل / Signature of Admissions Officer

طريقة الدفع / Mode of Payment

رقم الايصال / Receipt Number