



Skriv tydligt, TEXTA gärna!

يرجى ملء الطلب باللغة السويدية وبخط واضح:

Elevens uppgifter		معلومات عن التلميذ/ة	
Förnamn	الإسم	Nuvarande skola	المدرسة الحالية
Efternamn	اسم العائلة	Nuvarande klass	الصف الحالي
Personnr	الرقم الشخصي	Önskad klass	الصف المطلوب الإنتساب إليه
Gatuadress		العنوان	
Postnr	الرمز البريدي	Ort	المدينة

Uppgifter om vårdnadshavare		معلومات عن الأهل	
Enskild vårdnad	<input type="checkbox"/>	Gemensam vårdnad	<input type="checkbox"/>
Vårdnadshavare (1)		Vårdnadshavare (2)	
Förnamn	الإسم	Förnamn	الإسم
Efternamn	اسم العائلة	Efternamn	اسم العائلة
Personnr	الرقم الشخصي	Personnr	الرقم الشخصي
Adress		العنوان	
<input type="checkbox"/> Samma adress som eleven	<input type="checkbox"/> نفس عنوان التلميذ/ة	<input type="checkbox"/> Samma adress som eleven	<input type="checkbox"/> نفس عنوان التلميذ/ة
<input type="checkbox"/> Annat än eleven	<input type="checkbox"/> غير عنوان التلميذ/ة	<input type="checkbox"/> Annat än eleven	<input type="checkbox"/> غير عنوان التلميذ/ة
Gatuadress:	الشارع:	Gatuadress:	الشارع:
Postnr:	الرمز البريدي	Postnr:	الرمز البريدي
Ort:	المدينة	Ort:	المدينة
Tfn hem	هاتف البيت	Tfn hem	هاتف البيت
Tfn arb	هاتف العمل	Tfn arb	هاتف العمل
Mobil	الهاتف الخليوي	Mobil	الهاتف الخليوي
E-postadress	البريد الإلكتروني	E-postadress	البريد الإلكتروني
Heimland	البلد الأصلي قبل السويد	Heimland	البلد الأصلي قبل السويد
Modersmål	اللغة الأم	Modersmål	اللغة الأم

Uppgifter om annan anhörig/viktig person		بيانات عن قريب آخر أو شخص مقرب	
1	Namn	الإسم	العنوان
	Relation	نوع القرابة/العلاقة	رقم الموبايل
2	Namn	الإسم	العنوان
	Relation	نوع القرابة/العلاقة	رقم الموبايل

Uppgifter om syskon inom skolan		بيانات عن إخوة آخرين في المدرسة	
Namn	الإسم	Namn	الإسم
Födelseår	تاريخ الميلاد	Födelseår	تاريخ الميلاد
Namn	الإسم	Namn	الإسم
Födelseår	تاريخ الميلاد	Födelseår	تاريخ الميلاد

Ort & datum	المدينة والتاريخ	Ort & datum	المدينة والتاريخ
-------------	------------------	-------------	------------------

Medgivande från vårdnadshavare (gäller tills vårdnadshavare meddelar annat)

موافقة من ولي الأمر (صالحة حتى يبئغ ولي الأمر بخلاف ذلك)

Barnet/eleven får:	يسمح للتلميذة/بالتالي:	Ja / نعم	Nej / لا
åka buss/tåg tillsammans med personal	ركوب الباص/القطار مع الموظفين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
åka bil tillsammans med personal	ركوب السيارة مع الموظفين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cykla tillsammans med personal	ركوب الدراجة الهوائية مع الموظفين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
åka bil med andra föräldrar	ركوب السيارة مع أولياء أمور آخرين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fotograferas och publiceras i skolkatalog och liknande dokument	التصوير ونشر الصور في كتالوج المدرسة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fotograferas och publiceras med bild på internet t ex skolans hemsida	التصوير ونشر الصور في الانترنت (في صفحة المدرسة الإلكترونية) على سبيل المثال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fotograferas och publiceras med bild i skoltidningen	التصوير ونشر الصور في مجلة المدرسة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
filmas i undervisningssyfte	تصوير فيديو لأغراض تعليمية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga uppgifter om barnet/eleven

معلومات أخرى إضافية عن الطفل/التلميذ

Uppgifter gällande hälsan (t ex diet, allergier) معلومات تتعلق بالصحة العامة (حماية غذائية "دايت" أو حساسية)

.....

.....

Uppgift om simkunnighet معلومات عن السباحة	Uppgift om annat modersmål معلومات عن اللغة الأم
<input type="checkbox"/> Eleven kan simma minst 200 m. باستطاعة التلميذة السباحة لمسافة 200 متر على الأقل <input type="checkbox"/> Barnet/eleven kan inte simma التلميذ لا يستطيع السباحة	<input type="checkbox"/> Eleven har annat modersmål التلميذة لديه لغة أم أخرى Ange språket _____ حدد اللغة

Jag/vi godkänner att Al-Salamahskolan kontaktar barnets förskola/tidigare skola نحن موافقون على أن تقوم مدرسة السلامة بالاتصال بدار الحضانة للطفل/المدرسة السابقة	Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nej <input type="checkbox"/> لا
--	---------------------------------	---------------------------------

Jag/vi ger härmed mitt/vårt medgivande till att berörd skolpersonal och elevhälsans personal får ta del av samtliga dokument som finns hos barnets tidigare förskola/skola. (IUP, betyg, tidigare utredningar t ex psykolog-pedagogiska utredningar, åtgärdsprogram) نحن نوافق ونسمح لموظفي المدرسة المعنيين والطاقم الصحي بأن يطلعوا على كافة الملفات المتعلقة والموجودة في دار الحضانة أو المدرسة السابقة لابني/ابنتي. (خطة تطوير التلاميذ، الشهادات أو أية تحريات منها على سبيل المثال تحريات نفسية وتربوية وإجراءات أخرى)	Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nej <input type="checkbox"/> لا
--	---------------------------------	---------------------------------

Mitt barn har haft/har kontakt med: كان، وما زال ابني/ابنتي على اتصال بـ:

<input type="checkbox"/> Psykolog الطبيبة النفسية	<input type="checkbox"/> Kurator المرشدة الاجتماعية	<input type="checkbox"/> Logoped اختصاصي معالجة النطق
--	--	--

Underskrift av vårdnadshavare (1) توقيع ولي الأمر (1)	Underskrift av vårdnadshavare (2) توقيع ولي الأمر (2)
Namnförtydligande الاسم بوضوح	Namnförtydligande الاسم بوضوح

Skolans anteckningar **ملاحظات خاصة بالمدرسة**

Ansökan mottogs av: _____ تم استلام الطلب من قبل:

Datum: _____ التاريخ:

Intagen väntelista Ej intagen Läsåret: HT VT