

**PAKISTAN COMMUNITY WELFARE SCHOOL****Admission Form (2025-2026)***For office use only*

Please schedule an appointment for an interview with the Admissions Office and submit this form with all the required documents. The applicant must attend interview.

Application No	
eSIS No	
Date received	

Student Personal Information

Applicant Name (As per passport)			
Father Name			
Grade			
Date of Birth			
Country of Birth		City of Birth:	
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Nationality:	Religion:	
First Language		Second Language:	
Mobile No.			
Email			

Last School Attended	Last Grade	Curriculum	Academic Year

Does the applicant require special Need Education	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If Yes, Please Provide details	

Parent Information

With whom does the child reside?	<input type="checkbox"/> Both Parents <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Legal Guardian	
	Father Information	Mother Information
Name		
Nationality		
Employer		
Work Telephone		
Mobile No		
Email		

*All phones' numbers provided must be UAE number

Does the Applicants have siblings Currently enrolled at PCWS?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name If yes, please provide the name of one sibling only	
Grade	

Please return this form fully completed to the Admissions Officer, Parents/Guardians should complete every box in BLOCK CAPITALS and insert "N/A" in any box which is not applicable. Incomplete forms may delay the admissions process.

Transportation

Transportation Mode	<input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> Walk	<input type="checkbox"/> Car
---------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Address

Area/Locality		Plot No.
Section		Street:

Required Documents

	Attached		Attached
Admission Form	<input type="checkbox"/>	Birth Certificate (Attested)	<input type="checkbox"/>
Student (Eid, Passport, Visa)	<input type="checkbox"/>	Father/Mother (Eid, Passport, Visa)	<input type="checkbox"/>
Transfer certificate (Attested)	<input type="checkbox"/>	Result Card	<input type="checkbox"/>
Student Photographs (Passport Size)	<input type="checkbox"/>	Vaccination card and	<input type="checkbox"/>

Terms and Conditions

1. Admission Process
- Admission will be confirmed only after the successful submission of all required documents and payment of the applicable fees and the school reserves the right to decline admission without providing a specific reason.
2. Fee Payment
- 2.1) All fees must be paid on or before the due date specified by the school.
- 2.2) Admission fees, once paid, are non-refundable except in special cases as determined by school policy.
3. Attendance and Discipline
- 3.1) Students are required to maintain a minimum attendance of 95% throughout the academic year.
- 3.2) Any form of misconduct, including bullying, vandalism, or disrespect toward staff or peers, may result in disciplinary action, including suspension or expulsion.
4. Code of Conduct
- 4.1) Students must adhere to the school's dress code and maintain proper behaviour inside and outside school premises.
- 4.2) Use of electronic devices is prohibited during school hours unless authorized by school staff.
5. Health and Safety
- 5.1) Parents must disclose any medical conditions or allergies at the time of admission.
- 5.2) In case of emergencies, the school will take necessary steps to ensure the child's safety, including contacting the emergency number provided.
6. School Property
- Students must handle school property with care. Any damages caused intentionally or negligently may result in penalties replacement charges
7. Parent/Guardian Responsibilities
- It is the responsibility of parents/guardians to attend parent-teacher meetings and stay updated on their child's progress.
8. Withdrawal and Transfer
- If a student is withdrawn during the academic year, a prior notice of at least one month must be given in writing and transfer certificates will be issued only after the clearance of all dues.
9. Amendments to Policies
- The school reserves the right to modify these terms and conditions at any time. Changes will be communicated to parents in advance.

Declaration

I hereby declare that the above information is true to the best of my knowledge. I agree to abide by the rules and regulations of the school.

Parent/Guardian Signature: _____
Date: _____

For Office Use Only
Application Received on: _____
Admission Number: _____



PAKISTAN COMMUNITY WELFARE SCHOOL

Student Health Record and Parent Consent

Student's Name: _____ اسم الطالب: _____
 Grade: _____ Class: _____ الصف: _____ الشعبة: _____
 Date of Birth: _____ Nationality: _____ تاريخ الميلاد: _____ جنسية: _____

Please fill up all necessary information.

يرجى ملء جميع المعلومات اللازمة.

Student Health Record			سجل الطالب الصحي		
Please indicate with a tick if your child suffers from, or has had, any of the following:			يرجى وضع إشارة إذا ما كان طفلكم يعاني من / أو عانى سابقاً من أحد الخيارات التالية:		
	YES	NO	لا	نعم	
Asthma – which medication (if any):					الربو – اسم الدواء ان وجد:
Bowel Problems					مشاكل الأمعاء
Spinal Problem					مشكلة العمود الفقري
Any previous Surgery					أي عملية جراحية سابقة
Dental Problem					مشكلة الأسنان
Allergies					الحساسية
Epilepsy					الصرع
Chicken Pox					الجدري
Measles					الحصبة
Eye / Vision Problem					اضطرابات النظر
Ear / Hearing Problem					اضطرابات الأذن / السمع
Skin/Dermatological Disease					مرض جلدي
Heart Disorders					اضطرابات قلبية
Blood disorders					اضطرابات الدم
Hypertension					ارتفاع ضغط الدم
G6PD					G6PD عوز نازعة هيذرجين الغلوكوز -6- فُسفات
Kidney Disease					مرض الكلية
Diabetes					السكري
Others					أخرى
If you have ticked any of the above, please give more details:			يرجى إعطاء مزيد من التفاصيل إذا وضعتم إشارة أمام أحد الأمراض المذكورة أعلاه:		
Does your child have any medical condition that may affect their learning? If so, please give details and attached a Medical Report.			هل يعاني طفلك من أي حالة طبية قد تؤثر على تعلمه؟ إذا كان الأمر كذلك، فيرجى تقديم التفاصيل وإرفاق تقرير طبي.		
Is your child allergic to any food, medicine etc.? Has this been confirmed by a Doctor? Please give details:			يرجى إعطاء مزيد من التفاصيل إذا كان طفلكم يعاني من أي حساسية تجاه أنواع محددة من الطعام؟ وهل تم تأكيد هذه الحساسية من الطبيب؟		
Has your child ever had an infectious disease? E.g. hepatitis:			هل تعرض طفلكم لأي نوع من أنواع الأمراض المعدية؟ كالتهاب الكبد الوبائي:		
Has your child ever had an operation? If so, please give details:			يرجى إعطاء مزيد من التفاصيل في حال تم إجراء أية عملية جراحية لطفلكم:		
Is your child having any special precautions for sports? If so, please give details:			هل طفلك لديه أي احتياطات خاصة للرياضة؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى إعطاء مزيد من التفاصيل:		
Is there anything the school should know regarding your child's health that is not mentioned on this form? If so, please state:			هل هناك أشياء أخرى على المدرسة معرفتها فيما يتعلق بصحة طفلك ولم يرد ذكرها في هذا النموذج؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى ذكرها بالتفصيل		

School Health General consent form	موافقة عامة/ الصحة المدرسية
Parental consent for Medical Issues 1. I agree to my child receiving medical treatment and examination, including assessment of vital signs (e.g.: blood pressure, temperature, pulse, heart rate, respiratory rate, finger-prick blood sugar test) as required. 2. I agree to take my child to the doctor for a medical examination, whenever such an examination, in the opinion of the Principal / Nurse, is considered to be necessary in the general interests of health and hygiene in the school and following this provide a certificate signed by a qualified practitioner. 3. In case of an accident or other emergency illness where I cannot be contacted as set down in the school procedure, I agree to the school taking appropriate action by contacting the emergency services or escorting my child to hospital. 4. I give consent for routine health checks to be carried out in accordance with HAAD, School Screening Program for height, weight, Vaccinations, vision Acuity, colour blindness and results submitted to Health Authority Abu Dhabi.	موافقة أولياء الأمور فيما يتعلق بالحالات الطبية 1. أوافق على تلقي ابني للعلاج والفحوصات الطبية التي تشمل قياس العلامات الحيوية مثل: فحص ضغط الدم وقياس درجة الحرارة و ضربات القلب ومعدل التنفس إضافة إلى اختبار نسبة السكر في الدم من خلال وخز الإصبع عند الحاجة لذلك. 2. أوافق على أن أخذ ابني لطبيبه المشرف عليه أو لمراجعة العيادات وذلك عندما يرى مدير المدرسة والممرض المسؤول ضرورة لذلك حفاظاً على الصحة والسلامة العامة مع تزويد المدرسة بشهادة فحص طبي موقعة من طبيب مؤهل. 3. أوافق على اتخاذ المدرسة لما تراه مناسباً من إجراءات السلامة عند تعرض ابني لأي حادث كالاتصال بقسم الطوارئ أو نقله لأقرب مستشفى حتى وإن لم تتمكن من التواصل معي وفق السياسة المثبته في المدرسة. 4. أوافق على إجراء الفحوصات الطبية الروتينية والدورية التي تقوم بها المدرسة وتشمل الاسعافات الأولية ، قياس الوزن و الطول و فحص النظر والتطعيمات للطلبة المعنيين، إرسال النتائج للهيئة الصحية والتي تنفذ وفقاً لقوانين هيئة الصحة في أبوظبي.
Parental Consent to Administer Emergency Medication I consent that my child be given the appropriate medication in the following cases: 1. Epinephrine in an acute allergic reaction (anaphylactic shock) 2. Salbutamol Inhaler to control asthmatic symptoms 3. Oral Glucose for hypoglycaemia or low blood sugar. 4. Paracetamol to control mild to moderate pain and fever 5. Topical Antihistamine Cream for allergic reaction * Please circle the appropriate yes/no sentence below: YES , the above medication can be administered by a HAAD Licensed School Nurse / Physician in accordance with this standard and the relevant policies. NO The above medication cannot be administered by a HAAD Licensed School Nurse *In case of refusal, above services will not be offered except in emergency situations which require immediate intervention. If your child is to be given a medication from your doctor during school hours, it will only be given with completed appropriate documentation from the parents and doctor. If you give your child any medication before he/she comes to school, please inform the nurse.	موافقة ولي الأمر على إعطاء الأدوية في حالات الطوارئ أوافق على إعطاء ابني الأدوية التالية في حالات الطوارئ المذكورة أدناه: 1. دواء الأدرينالين في حالات رد الفعل التحسسي أو (الصدمة التحسسية). 2. بخاخ دواء سالبوتامول للتحكم في الأزمات التنفسية (الربو). 3. الجلوكوز عن طريق الفم عند نقص نسبة السكر في الدم. 4. الباراسيتامول للتحكم بدرجة حرارة الجسم وبالألام الخفيفة. 5. كريم مضادات الهيستامين الموضعي لتفاعل الحساسية * الرجاء اختيار نعم/لا المناسب أدناه: نعم أوافق على إعطاء ممرضة المدرسة المرخصة من هيئة أبو ظبي للصحة الأدوية المذكورة أعلاه لابني وذلك وفق السياسات ذات الصلة. لا أوافق على إعطاء ابني الأدوية المذكورة أعلاه من قبل ممرضة المدرسة المرخصة من هيئة أبو ظبي للصحة. * في حالة الرفض ، لن يتم تقديم الخدمات المذكورة أعلاه إلا في حالات الطوارئ التي تتطلب التدخل الفوري. نرجو منكم تزويدنا بكافة الأوراق الضرورية من الطبيب المشرف على طفلكم إذا ما كان بحاجة لأخذ دواء معين خلال أوقات الدوام المدرسي، وفي حال وجوب أخذ هذا الدواء قبل قدوم الطالب إلى المدرسة فنرجو منكم إبلاغ الممرضة بذلك
Is your child on any regular medication? If so, please give details:	يرجى إعطاء مزيد من التفاصيل في حال كان طفلكم يأخذ أي نوع من الدواء بشكل مستمر:
Any contraindications (a drug or procedure should not be used) that school personnel need to know?	* هل هناك أي موانع صحية لدى ابنكم يجب على فريق المدرسة معرفتها؟
Parent / Guardian – Full name	اسم ولي الأمر:
Parent / Guardian Signature:	التاريخ:
Contact Number:	رقم الاتصال:

*Please note that we cannot be held responsible for any outstanding medical information or condition that has not been supplied. We can only act on the information supplied. It is the parents' responsibility to inform the school of their child's medical condition or allergies.
 يرجى ملاحظة أننا لا يمكن أن نكون مسؤولين عن أي معلومات طبية أو حالة لم يتم توفيرها. لا يمكننا العمل إلا على المعلومات المقدمة. تقع على الوالدين مسؤولية إبلاغ المدرسة بحالة الطفل الطبية أو الحساسية