

قوانين الحضانة

يرجى قراءة سياسة الحضانة جيداً، وإذا كنت بحاجة الى مزيد من المعلومات يرجى التواصل مع إدارة الحضانة.

سن القبول

من سن أربع شهور حتى أربع سنوات.

رسوم التسجيل

- يتم دفع رسوم التسجيل عند بداية التسجيل وملء استمارة التسجيل وتقديم جميع المستندات المطلوبة.
- **رسوم التسجيل غير قابلة للاسترداد.**
- يتم تسجيل الطفل بالحضانة بعد دفع رسوم التسجيل ورسوم الشهر أو الفصل الاول بالكامل.

الحضور

لا يتم استرداد أى من رسوم الحضانة أثناء العطلات والأجازات الرسمية. ويرجى إعلامنا مقدماً بقدر الإمكان عن فترات تغيب الطفل عن الحضانة.

مواعيد الحضانة

المواعيد من الأحد الى الخميس من الساعة 7:30 صباحاً وحتى الساعة 2:30 ظهراً وتتوفر خدمة رعاية الأطفال حتى الساعة 4:30 عصرًا مقابل رسوم إضافية.

رسوم المواعيد الإضافية

- سيتم دفع رسوم المواعيد الإضافية مقدماً إذا تم إبقاء الطفل بالحضانة بعد المواعيد الرسمية.

رسوم الفصل الدراسي

- يجب دفع رسوم الفصل الجديد مقدماً.
- سيتم اصدار تفاصيل الرسوم المستحقة للفصل الجديد قبل حوالي ثلاثة أسابيع من بداية الفصل.
- فى حالة عدم دفع الرسوم فى خلال 10 ايام سيتم ابلاغ ولي الامر بضرورة تسديد الرسوم المستحقة.
- فى حالة الشيك المرتجع سيتم احتساب مبلغ 100 درهم إضافية.
- فى حالة طلب الإدارة سحب الطفل من الحضانة لآى سبب آخر غير عدم دفع الرسوم سيتم إعادة ما تبقى من رسوم الفصل.

الانسحاب خلال الفصل واسترداد الرسوم

- فى حال انسحاب الطفل من الحضانة يجب ابلاغ الادارة قبل شهر مسبق وتقديم الاسباب الواضحة مثل السفر أو حالة مرضية لا قدر الله مع اوراق مثبتة بصحة الكلام , فى هذه الحالة سيتم احتساب حضور الطفل بالحضانة ويسترد المبلغ المتبقى.
- وفى حال عدم الابلاغ سيتم خصم الرسوم بالكامل.

الخصومات للإخوة

- سيتم خصم 10% على الطفل الثانى عند تسجيل الإخوة على رسوم الفصل فقط.

الحالة المرضية

نعلم جيداً ان جميع الأطفال لديهم بعض الأمراض البسيطة التى لا تمنعهم من الحضور، ولكن هناك بعض الحالات التى تتطلب ان يبقى الطفل فى المنزل مثل: الإسهال، القي، الطفح الجلدى، الجديري المائى، النكاف، الحصبة، الحمى وارتفاع درجة الحرارة. ويجب إبقاء الطفل فى المنزل حتى يتم الشفاء مع إحضار شهادة من الطبيب المعالج عند عودة الطفل للحضانة. وللحضانة الحق فى رفض إستقبال الطفل حتى يتم الشفاء تماماً، والرجاء المتابعة الدائمة مع ممرضة الحضانة.

فسخ العقد

يرجى إعلام الحضانة فى حالة عدم الرغبة فى استمرار الطفل فى الفصل القادم.

الموافقة على التصوير

أوافق لا أوافق على إعطاء الحق لحضانة سمارة ريدر كينز على نشر صور و/ أو مقاطع فيديو لطفلي فى الموقع الإلكتروني أو أى وسيلة إعلامية أو تسويقية تتعلق بالحضانة.

أنا ولى أمر الطفل أقر بأنني قد قرأت الشروط والأحكام المذكورة أعلاه وأوافق على الالتزام بها.

أسم ولى الأمر بالكامل:

توقيع ولى الأمر:

التاريخ:



Parent

Parent

Student

REGISTRATION FORM

CHILD INFORMATION

First Name:	
Family Name:	
Gender: Male/Female	
Date of Birth (D/M/Y):	
Country of Birth:	
Nationality:	
Religion:	
Languages spoken at home:	

FAMILY DATA

Mother

Father

	Mother	Father
First Name:		
Family Name:		
Nationality:		
Occupation:		
Company Name:		
Office Tel:		
Home Tel:		
Mobile Number:		
Email Address:		



EMERGENCY CONTACT IF PARENTS CANNOT BE CONTACTED

Name		
Relationship to the child		
Mobile Number		

AUTHORISED PERSONS TO PICK UP YOUR CHILD (other than parents and emergency contact i.e. Housekeeper, Driver)

Name		
Relationship to the child		
Mobile Number		

MEDICAL FORM

First Name:	
Family Name:	
Date of Birth (D/M/Y):	
Gender: Male/Female	
Name of Doctor/clinic:	
Telephone Number:	

CHILD'S IMMUNISATIONS

DPT/POLIO (2 months)	شلل الأطفال شهرين	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
DPT/POLIO (4 months)	شلل الأطفال 4 شهور	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
DPT/POLIO (6 months)	شلل الأطفال 6 شهور	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
MEASLES (8 months)	الحصبة 8 شهور	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
MMR (15 months)	الحصبة والنكاف 15 شهر	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
DPT/POLIO (18 months)	شلل الأطفال 18 شهر	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
DPT/POLIO(school entry)	شلل الأطفال عند بداية الدراسة	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
BCG	الدرن	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
HEPATIS A	التهاب الكبدى أ	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
HEPATITIS B	التهاب الكبدى ب	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Are your child's immunizations up to date? YES NO

هل يخضع طفلك للتطعيمات حتى الآن؟

Does your child have any known Allergies?

هل يعانى طفلك من أى نوع من أنواع الحساسية؟

Does your child suffers from or has ever suffered from any health conditions?

هل لدى طفلك أى حالة صحية خاصة؟

Is your child on any regular medications? If so, please list.

هل يخضع طفلك لأى نوع من انواع العلاج؟ إذا نعم نرجوا التوضيح.



Please notify us of any special dietary requirements.

نرجوا إعلامنا بأى متطلبات غذائية خاصة.

AUTHORISATION FOR MEDICATION/EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

I give permission for my child to receive First Aid if necessary from the School Nurse or other appropriately trained person.

YES NO

أعطي الإذن لتلقي طفلي الإسعافات الأولية إذا لزم الأمر من ممرضة الحضانة أو من قبل شخص مدرب.

I give permission for my child to receive an appropriate dose of Calpol for pain relief or to reduce a high temperature.

YES NO

أعطي الإذن لحصول طفلي على جرعة من دواء كالبول لتخفيف الألم أو لخفض درجة الحرارة العالية.

Smart Reader Kids Nursery has my permission to take my child to the nearest hospital in the event of an accident or illness requiring immediate medical attention.

YES NO

أعطي الإذن لحضانة سمارت ريدر كيدز لأخذ طفلي إلى أقرب مستشفى فى حالة وقوع حادث أو الحالة المرضية التى تتطلب عناية طبية فورية.

Parent's Name (in block letters please):

Parent's Signature:

Date: