

	Royal Science and Technology Institute	Effective date: August 2018
	<h1>Trainee Registration Form</h1>	Document code: RSTI-QSF-RF-F01

- All sections of this form must be completed.
- Please read all sections carefully and sign the application – failure to do this will result in your form being returned and the registration process delayed.
- Please provided all necessary supporting documents: i.e. Emirates ID, qualifications, proof of experience
- Upon completion and acceptance of this form you will be required to pay the registration fee immediately.

Section 1 – Trainee's details      Date :    /    / 2018      القسم الأول – بيانات المتدرب

Title (circle) – Mr Mrs Miss Ms Dr Other (please specify)	حوظ السيد    السيدة    الأنسة    غير ذلك .....																																																																																			
First name	الاسم الأول /																																																																																			
Middle name	الاسم الثاني /																																																																																			
Family name	اسم العائلة /																																																																																			
Gender    Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	الجنس /    ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>																																																																																			
Date of Birth <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>D</td><td>D</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	D	D			M	M			Y	Y	Y	Y					تاريخ الميلاد / يوم <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> شهر <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> سنة <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																			
D	D																																																																																			
M	M																																																																																			
Y	Y	Y	Y																																																																																	
Nationality	الجنسية /																																																																																			
Address: ----- -----	العنوان / ----- -----																																																																																			
City: -----	المدينة / -----																																																																																			
Mobile number	رقم التواصل:																																																																																			
Email address (please print clearly)	البريد الإلكتروني / ( الرجاء الكتابة بوضوح )																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																										<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																										
Employed    Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	الوظيفة /    نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>																																																																																			

Job Title : -----	المسمى الوظيفي : -----
Employer: -----	مكان العمل : -----
Address : -----	العنوان : -----
Telephone number: -----	هاتف العمل : -----

Section 2 – Medical information	القسم 2 – البيانات الصحية
---------------------------------	---------------------------

<p><b>Do you have any medical conditions, special needs or special considerations?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Yes please provide details below.</p> <p><input type="checkbox"/> No please continue to the next question.</p>	<p>هل لديك أي ظروف صحية أو احتياجات خاصة أو أي حالات يجب أن تراعى:</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> الرجاء توفير البيانات أدناه</p> <p>لا <input type="checkbox"/> الرجاء الانتقال إلى السؤال التالي</p>
<p><b>Details</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>توضيح الحالة :</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Are you taking medication for any ongoing illnesses.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Details</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>هل تتعاطى أي أدوية حالياً</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>التفاصيل:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Do you have any allergies? (medicines, insect bites, foods etc)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Details</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>هل لديك أي نوع من الحساسية (الأدوية , الحشرات , الأطعمة...)</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>التفاصيل:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Do you carry and EpiPen?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>هل تحمل أي أجهزة طبية متصلة أو غير متصلة بالجسم (ايبين..)</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>

<p>Do you have any physical disabilities?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes      <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Details</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>هل تعاني من أي إعاقة</p> <p>لا <input type="checkbox"/>      نعم <input type="checkbox"/></p> <p>التفاصيل:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Do you require wheelchair access?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes      <input type="checkbox"/> No</p>	<p>هل تحتاج إلى كرسي متحرك</p> <p>لا <input type="checkbox"/>      نعم <input type="checkbox"/></p>

Section 3 – Emergency	القسم 3 - الطوارئ
-----------------------	-------------------

<p><b>Name of insurance provider</b></p> <p>-----</p>	<p>اسم شركة الضمان</p> <p>-----</p>
<p><b>Emergency contact</b></p> <p><b>Name</b> -----</p> <p><b>Telephone</b> -----</p> <p><b>Address</b> :-----</p>	<p>التواصل في حالة الطوارئ</p> <p>الاسم: -----</p> <p>الهاتف: -----</p> <p>العنوان: -----</p>
<p><b>Important</b> Please fill in either <b>a)</b> or <b>b)</b> do not fill in both sections below</p>	<p>هام / الرجاء تعبئة اختيار واحد فقط (أ) أو (ب)</p>
<p><b>a)</b> In case of an emergency <b>I do give consent</b> for the following medical care providers or local hospital to be called; <input type="checkbox"/> please tick</p> <p><b>Doctor</b> : -----</p> <p>Telephone :-----</p> <p><b>Dentist</b> :-----</p> <p>Telephone:-----</p> <p><b>Medical specialist:</b>-----</p> <p>Telephone:-----</p> <p><b>Hospital:</b>-----</p> <p>Telephone:-----</p>	<p>(أ) في حالة الطوارئ</p> <p><input type="checkbox"/> أوافق على تقديم العناية الصحية التالية: الاتصال ب</p> <p>الطبيب : -----</p> <p>الهاتف : -----</p> <p>طبيب الأسنان : -----</p> <p>الهاتف : -----</p> <p>أخصائي طبي : -----</p> <p>الهاتف : -----</p> <p>المستشفى : -----</p> <p>الهاتف : -----</p>
<p><b>b)</b> Refusal of medical treatment</p> <p>[do not complete this if <b>a)</b> has been completed]</p> <p><b>I do not give consent</b> for emergency medical treatment. <input type="checkbox"/> please tick</p>	<p>(ب) في حالة الطوارئ عند رفض الاجراءات المتبعة</p> <p><input type="checkbox"/> أرفض الحصول على أي عناية طبية أو علاجية</p>

<p>I wish for the RSTI to take the following action;</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>أرجو من إدارة مركز رويال للعلوم والتكنولوجيا اتخاذ الإجراءات التالية :</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p><b>If nothing is filled in for this section, then our medical procedure will be followed.</b></p> <p><b>An ambulance would be called in a medical emergency and you would be sent to the closest hospital. You would be liable for medical costs.</b></p>	<p>إذا لم يتم اختيار أيًا مما سبق سوف يقوم المركز بالإجراءات التالية</p> <p>الاتصال بالإسعاف والنقل إلى مركز الطوارئ في أقرب مستشفى</p>

Section 4 – Education and qualifications	القسم 4 – الحالة التعليمية والمؤهلات
--	--------------------------------------

<p><b>Please tick where applicable:</b></p> <p><b>High school graduation</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>University</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>الرجاء اختيار المستوى التعليمي</p> <p><input type="checkbox"/> دون الثانوية العامة <input type="checkbox"/> ثانوية عامة <input type="checkbox"/> جامعي</p>
<p>Level (please tick)</p> <p>Honours Degree <input type="checkbox"/></p> <p>Degree <input type="checkbox"/></p> <p>Masters <input type="checkbox"/></p> <p>Postgraduate diploma <input type="checkbox"/></p> <p>Doctorate <input type="checkbox"/></p>	<p>الدرجة التعليمية (الرجاء الاختيار)</p> <p><input type="checkbox"/> دبلوم <input type="checkbox"/> بكالوريوس <input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> دكتوراه</p>
<p>Education language (please circle)</p> <p>Arabic English French Other _____</p>	<p>لغة الدراسة</p> <p><input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> انجليزي <input type="checkbox"/> فرنسي <input type="checkbox"/> اخرى .....</p>

Section 5 – General Terms and Conditions*	القسم 5- شروط و قواعد عامة
---	----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>Registration fee must be paid upon completion and acceptance of this form</li> <li>Fee is 32% of the total course fee</li> <li>Complete fee must be settled before the course commencement date</li> <li>You must arrive on time</li> <li>Cheating in any way will not be tolerated</li> <li>You may not provide any false information to the RSTI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>يجب دفع رسوم التسجيل بعد اكمال وقبول الطلب</li> <li>32% من الرسوم الكلية للدورة</li> <li>يجب دفع الرسوم كاملة قبل نهاية الدورة</li> <li>يجب الحضور في الموعد المحدد</li> <li>لا يتم التسامح في حالات الغش</li> <li>يجب عدم اعطاء أي معلومات خاطئة أو غير صحيحة</li> </ul>
--	--

Section 6 – Refund, Cancellation and Change*	القسم 6 – سياسة الارجاع والإلغاء
--	----------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Full refund</b> of registration fee available within 7 days of payment unless the course has started. Minus AED100 admin fee and AED400 cancellation fee</li> <li>After 7 days a refund will be available minus AED100 admin fee, AED400 cancellation fee and the registration fee of 32%</li> <li>You may not cancel after the course commencement date</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>يتم اعادة الرسوم في حالة عدم الالتحاق بالدورة وذلك خلال 7 أيام قبل بداية الدورة مع خصم 100 درهم تسجيل و 400 درهم رسوم إلغاء.</li> <li>بعد مرور 7 أيام يتم خصم 100 درهم للتسجيل و 400 رسوم إلغاء و 32% من قيمة الدورة.</li> <li>لا يجوز إلغاء مع بداية الدورة.</li> <li>لمزيد من المعلومات الرجاء الاطلاع على سياسة الالغاء وإعادة</li> </ul>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>Please see Refund, Cancellation and Change policy for full conditions</li> </ul>	الرسوم
<b>Section 7 – Attendance*</b>	<b>القسم 7- الحضور</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>You must arrive on time for all classes</li> <li>Attend all the class hours</li> <li>Trainees must attend minimum of 85% of the course</li> <li>Absences must be supported by medical certificate or other evidence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>يجب الحضور في الوقت المحدد</li> <li>يجب حضور جميع الساعات التدريبية</li> <li>الحد الأدنى لحضور التدريب 85% من ساعات التدريب</li> <li>يجب توفير عذر رسمي للغياب ( طبي ... )</li> </ul>
<b>Section 8 – Health and Safety, Medical policy*</b>	<b>القسم 8 – الصحة والسلامة</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Please conduct yourself in a safe manner while at the RSTI</li> <li>Medical instructions on this form will be followed by staff members, so please ensure your details are always kept up to date</li> <li>If you do not fill in the medical emergency section of this form, then our Medical Emergency Policy will take effect</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>الرجاء المحافظة على البقاء في وضع أمن أثناء التواجد في مركز رويال.</li> <li>الرجاء تحديث بياناتك الصحية الموجودة في النموذج عند وجود تغيير ما حيث أنها مرجع العاملين لدينا .</li> <li>إذا لم يتم تعبئة النموذج الخاص بالحالات الطارئة سوف نتبع الإجراءات الخاصة بالمركز.</li> </ul>
<b>Section 9 – Complaints and Appeals*</b>	<b>القسم 9 - الشكاوى</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>All complaints and appeals must be received in writing, dated and signed on the correct form</li> <li>You must file a complaint within 30 days or it will be deemed expired</li> <li>Please see Complaints and Academic Appeal policy for full conditions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>كل الشكاوى يجب أن تقدم في النموذج الخاص مع التوقيع والتاريخ</li> <li>يجب أن تقدم الشكاوى خلال 30 وإلا تعتبر لاغية.</li> <li>الرجاء الإطلاع على سياسة الشكاوى لمزيد من المعلومات</li> </ul>

\*These are just a brief summary of our policies and procedures. Please refer to your student handbook for full conditions.

<b>Section 10 – Declaration</b>	<b>القسم 10 - التصريح</b>
<p>I confirm that the information provided is accurate and complete.</p> <p>I confirm that I will abide by the policies, rules and regulations of RSTI and I accept that these can change at any time without prior notice and I abide myself to follow them.</p> <p>I confirm that I will keep the RSTI updated with any changes to the information on this registration form.</p> <p>I agree Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>أقر أن المعلومات المقدمة صحيحة و مكتملة، و أقر أنني سوف أتقيد بقوانين ولوائح وسياسات المركز وسوف ألتزم بأي تغييرات متى ما تمت من قبل إدارة المركز. و أؤكد أنني سوف أقوم بتحديث أي بيانات جديدة أو متغيرة في هذا النموذج.</p> <p>أوافق</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
Signature _____	التوقيع:
Date _____	التاريخ: / /
Director of Training	مدير التدريب:-----
Signature _____	التوقيع:-----
Date _____	التاريخ: / /

**Office use only**

Document provided	Expiry date if applicable	Tick
Emirates ID		
Qualifications		
Experience		

Registration fee paid  Receipt given