



STAMP
SIZE
PHOTO

Thaajuddeen School
Kanbaa Aisa Rani Higon
Male' 20398
Maldives

STUDENT RECORD FORM 2021-2022

Student

ދިރިއުޅޭ ބޭފުޅެއް

Index no: TS _____ Class: _____ School House: _____ Admission Date: ___/___/___

Name in English

ފަންނަންނަ ނަންމު ދިރިއުޅޭ ބޭފުޅެއް (ދިރިއުޅޭ ބޭފުޅެއް ގެ ނަންމު)

First Name: _____ Middle Name: _____ Last Name: _____

Sex : _____ Date of Birth _____ Last School/Class attended _____
(އިސާސަތު) (އުފަންވުމުގެ ދުވަސް) (އުފަންވުމުގެ ފަހުގެ ސަލާފަތުގެ ނަންމު)

Birth Certificate Number and ID card Number : _____
(އުފަންވުމުގެ ނަންބަރު އަދި ސަލާފަތުގެ ނަންބަރު)

Present Address (with road name): _____
(މިހާރުގެ ރިހާސަތުގެ ނަންމު)

Permanent Address (with road name): _____
(އަދި ދިރިއުޅޭ ރިހާސަތުގެ ނަންމު)

Name of the Island, Atoll _____ Nationality: _____
(އުފަންވުމުގެ ރާއްޖެ)

Parent / Guardian

ބޭފުޅެއް / ފަންނަންނަ ބޭފުޅެއް

First Name: _____ Last Name: _____

ID no : _____ Contact No : _____ Email: _____
(އުފަންވުމުގެ ނަންބަރު) (ފޯން ނަންބަރު) (އިމެއިލް)

Present Address (with road name): _____ Island & Atoll : _____
(މިހާރުގެ ރިހާސަތުގެ ނަންމު) (އުފަންވުމުގެ ރާއްޖެ)

Permanant Address: _____ Island & Atoll : _____
(އަދި ދިރިއުޅޭ ރިހާސަތުގެ ނަންމު) (އުފަންވުމުގެ ރާއްޖެ)

Relationship to student: Mother Father Other (Specify): _____
(ފަންނަންނަ ބޭފުޅެއް ގެ ނަންމު) (މަންމަ) (އަބްބާ) (އެހެނިހެން (ބަޔާންކުރާ))

koshaaru Approval Code:

(މަންމަ ނުވަތަ ފަންނަންނަ ބޭފުޅެއް ގެ ނަންމު)

If the child has any health problems please tick where appropriate: ප්‍රතිචාරයක් සහිතව ප්‍රශ්න කරන්න

<input type="checkbox"/> Vision (වැරදි දර්ශනය)	<input type="checkbox"/> Allergies (අලර්ජි)
<input type="checkbox"/> Hearing Problem (සවිඳින ගැටලුව)	<input type="checkbox"/> Epilepsy (විදුලි පිටවීම)
<input type="checkbox"/> Thalassemia (තලසමියා)	<input type="checkbox"/> Intellectual Disability (භෞතික අසාමත්‍යතාවය)
<input type="checkbox"/> Cardiovascular Disease (රුධිර සැරිය ගැටලුව)	<input type="checkbox"/> Asthma (සුරුරු වැහිලීම)
<input type="checkbox"/> Autism (විචලිත අවස්ථාව)	<input type="checkbox"/> ADHD (විකල්ප අවධානය නොමැතිකම)

Others (Specify) _____ (වෙනත් කුමක් හෝ කුමක්)

Note සටහන

- ප්‍රතිචාරයක් සහිතව ප්‍රශ්න කරන්න
 - ප්‍රතිචාරයක් සහිතව ප්‍රශ්න කරන්න
 - Following documents should be submitted with this form.
 - Doctor's certificate specifying child's medical problem if any.
 - ප්‍රතිචාරයක් සහිතව ප්‍රශ්න කරන්න
- Depending on a situation if a student needs to be transferred to another class we may change the class of the student.

I declare the above information is correct and I will inform the school in writing if any information changes.

(සහතික කර ඇති විට පමණක් ප්‍රතිචාරයක් සහිතව ප්‍රශ්න කරන්න)

Parent's / Guardian's Name : _____ ප්‍රතිචාරයක් සහිතව ප්‍රශ්න කරන්න

Signature : _____ අත්සන

Date: _____ දිනය

For Office use ආචාර්යවරුන්ගේ භාවිතයට

_____ ප්‍රතිචාරයක් සහිතව ප්‍රශ්න කරන්න

_____ : _____ අත්සන