



كلية دبي الطبية للبنات Dubai Medical College

طلب التحاق مبدئي Preliminary Application Form

دولة الإمارات العربية المتحدة أو دول مجلس التعاون الخليجي - نظام وزارة التربية والتعليم للدولة المعنية
UAE & GCC Countries – Ministry of Education Syllabus

No.: _____ الرقم: _____

Personal Information:

- Name: _____ الاسم: _____
- Nationality: _____ الجنسية: _____
- Date of Birth: _____ تاريخ الميلاد: _____
- Country of Residence: _____ محل الإقامة: _____
- Tel: _____ رقم الهاتف: _____
- Mobile: _____ رقم الموبايل: _____
- Fax / e- mail: _____ فاكس / البريد الالكتروني: _____

Higher Secondary School Information:

Name of School: _____ اسم المدرسة: _____

Exam Board / Curriculum *Within UAE* داخل الإمارات نظام الامتحان
Outside UAE خارج الإمارات

No. of Years of Study: _____ عدد سنوات الدراسة: _____

Year of Passing: _____ سنة الحصول على الشهادة: _____

Total Percentage: _____ الدرجة العامة: _____

Marks in Biology: _____ درجة مادة الأحياء: _____

Marks in Chemistry: _____ درجة مادة الكيمياء: _____

Marks in English: _____ درجة مادة اللغة الإنجليزية: _____

CEPA Result

Written: _____

Computer based: _____