

# نموذج التسجيل في برنامج التطوع المجتمعي

## Community Volunteering Program Registration Form

المعلومات الأساسية	Volunteer Information
الاسم الأول*	First Name*
اسم العائلة*	Last Name*
الجنس (ذكر / أنثى)*	Gender* (Male / Female)
الجنسية*	Nationality*
المدينة*	City of Residence*
تاريخ الميلاد*	Date of Birth*

بيانات التواصل	Contact Details
رقم الهاتف الأساسي*	Primary Contact Number*
رقم التواصل في حالات الطوارئ	Emergency Contact Number
البريد الإلكتروني*	Email Address*

التعليم والخبرة	Education & Employment
المؤهل الدراسي*	Highest Educational Qualification*
هل تعمل حالياً*	Are you currently employed? *
في حال الإجابة بـ نعم، يُرجى ذكر جهة العمل.	If yes, please provide the name of your employer.

المهارات والخبرات	Skills & Experience
يُرجى ذكر المهارات والخبرات التي يمكنك الإسهام بها:	Please list your skills and the areas where you can contribute:
1. ....	1. ....
2. ....	2. ....
3. ....	3. ....
4. ....	4. ....

برامج التطوع المفضلة	Volunteer Preferences
يمكن تحديد أكثر من خيار	You may select more than one option.
<b>تألف</b> تعرف على برنامج تألف	<b>Ta'alouf</b> <a href="#">Learn more about Ta'alouf</a>
<b>العيادات المتنقلة</b> تعرف على العيادات المتنقلة	<b>Wellness on Wheels</b> <a href="#">Learn more about Wellness on Wheels</a>
<b>مجلس الأمل</b> تعرف على مجلس الأمل	<b>Majlis Al Amal</b> <a href="#">Learn more about Majlis Al Amal</a>
<b>التطوع في أنشطة وفعاليات</b> مستشفيات دبي الصحية. تعرف على رسالة دبي الصحية	<b>Volunteering at activities and events across Dubai Health Hospitals.</b> <a href="#">Learn more about Dubai Health's Mission</a>
<b>مركز سعادة كبار المواطنين</b> تعرف على مركز سعادة كبار المواطنين   دبي الصحية	<b>Senior Citizens' Happiness Center</b> <a href="#">Learn more about Senior Happiness Center   Retirement Home   Dubai Health</a>

المعلومات الصحية	Health Information
هل لديك أي مشكلات صحية يجب علينا معرفتها مسبقاً؟*	Do you have any medical conditions or health considerations we should be aware of before assigning volunteer tasks?*
لا / نعم	(لا / نعم)
(Yes / No)	(Yes / No)
في حال الإجابة بـ نعم، يُرجى تحديد المشكلة الصحية.	If yes, please provide relevant details.

المرفقات	Attachments
يُرجى إرفاق المستندات المطلوبة التالية إلى البريد الإلكتروني (community@aljalilafoundation.ae)	Please attach the following required documents to the Email (community@aljalilafoundation.ae)
نسخة من الهوية الإماراتية*	Copy of Emirates ID*
شهادة بحث الحالة الجنائية سارية المفعول*	Valid Police Clearance Certificate*

إقرار وتعهد	Declaration.
أؤكد أن المعلومات المذكورة في هذه الاستمارة صحيحة، وأوافق على التواصل معي بشأن الفرص التطوعية في برنامج "مجتمع واحة العطاء".	I confirm that the information provided in this form is accurate to the best of my knowledge, and I consent to being contacted regarding volunteering opportunities through The Giving Oasis Community Program