

Emirates Future International Academy

CBSE AFFILIATION – 6630029
P.O. Box 128576, Shabia-10, Musaffah
Abu Dhabi, U.A.E
Email: efia.uae@efiaschool.com
admission@efiaschool.com Tel:
02-5525188
Web: www.efiaschool.com



OFFICE USE ONLY		PASSPORT SIZE PHOTO
Reg No:		
Applying for Grade		
Student Code		
ESIS NO		
STATUS:		

APPLICATION FOR ADMISSION (2025-2026)

(To be filled in CAPITAL Letters)

STUDENT INFORMATION

1. Name (as in the Passport)	_____		
	FIRST	MIDDLE	LAST
2. Gender <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	3. Date of Birth <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dd - mm - yyyy)	4. _____ Place of Birth	
5. Age as on 31 st March 2025: _____ Years _____ Months			
* Must be 4 years as on 31st March 2025 for KG1 ; 5 years on 31st March 2025 ; 6 years as on 31st March 2025 for Grade 1			
6. _____ Nationality	7. _____ Religion	8. _____ Mother tongue	
9. Covid-19 Vaccinated? YES / NO ; If yes, mention name of the vaccine _____			

10. PREVIOUS SCHOOL INFORMATION

a. Name of the School	_____		
b. Address	_____		
c. Curriculum	CBSE <input type="checkbox"/>	ICSE <input type="checkbox"/>	State Board <input type="checkbox"/> Matriculation <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/>
d. Medium of Instruction	_____		
e. Grade Passed	_____	f. Month/Year of Grade Passed	_____/_____ (month) (year)

Subject Studied	i. Languages: 1 st : _____ 2 nd : _____ 3 rd : _____
	ii. Main Subjects : _____

	STREAM	COMPULSORY SUBJECTS	OPTIONAL SUBJECTS
11. Grade XI Subject & Stream Preferred	I. Science	English, Physics, Chemistry	<input type="radio"/> Group 1-Mathematics,Computer Science/Biology <input type="radio"/> Group 2-Biology, IP/Marketing, Mathematics (choose any one group)
	II. Commerce	English,Business Studies, Economics	<input type="radio"/> Group 1: Accountancy,IP/Marketing/Maths <input type="radio"/> Group 2:Painting,IP/Marketing (choose any one group)

PARENT INFORMATION

12. _____ Name of the Father	Profession	Designation	Organization
13. _____ Name of the Mother	Profession	Designation	Organization
14. Address and Contact details in UAE	Flat No: _____ Building No/Name: _____ Area : _____		
	Street: _____ Nearest Landmark: _____		
	P.O. Box _____ Emirate: _____ Tel No (Res) : _____		
	Father Email: _____ Father Mobile: _____		
	Mother Email: _____ Mother Mobile: _____		
15. Address in Home Country	_____		

	Tel No: _____		

MISCELLANEOUS INFORMATION

16. Details of Siblings or cousins (if any), currently studying in this school			
a	Name: _____	Grade: _____	Relation: _____
b	Name: _____	Grade: _____	Relation: _____
c	Name: _____	Grade: _____	Relation: _____
17. Details of your other child seeking admission in this school during the academic year 2025-2026 (if any)			
a	Name: _____	Grade: _____	Relation: _____
b	Name: _____	Grade: _____	Relation: _____
c	Name: _____	Grade: _____	Relation: _____

DETAILS

Student	a) Emirates ID No: _____ Expired Date: _____
	b) Passport No : _____ Expired Date: _____
	c) Visa Type : _____ Expired Date: _____
Father	d) Emirates ID No: _____ Expired Date: _____
	e) Passport No : _____ Expired Date: _____
	f) Visa Type : _____ Expired Date: _____
Mother	g) Emirates ID No: _____ Expired Date: _____
	h) Passport No : _____ Expired Date: _____
	i) Visa Type : _____ Expired Date: _____

IMPORTANT INSTRUCTIONS

- For grade KG1 to XII, submit dully filled application forms along with the relevant documents.
- Admission is granted on the basis of availability of seats and performance in the Entrance Test & Interview. Submission of application form alone does not guarantee admission; need to pay the First Term fees to confirm the seat.
- Selected students MUST submit the following documents ON THE DAY of Interview/Admission.
 - ❖ Original attested Transfer Certificate (For KG1 – from Term 2 onwards)
 - ❖ Original Mark Statement / Progress Card
 - ❖ Copy of the attested Birth Certificate (English or Arabic)
 - ❖ Copy of student Passport, Visa and Emirates ID
 - ❖ Copy of parents Passport, Visa and Emirates ID
 - ❖ Copy of student Insurance card
 - ❖ Copy of student Vaccination card
 - ❖ Passport size photos of student
 - ❖ Copy of Electricity bill / Tenancy Contract of student's Residence

Note: Incomplete applications will NOT be accepted.

DECLARATION

We declare that the information furnished above is true and accurate to the best of our knowledge. We acknowledge the above instructions and assure the school management that we will abide by the school rules and regulations throughout our child's education in this institution. We also undertake to submit all pending documents attested by the competent authority within 2 weeks from the date of admission, if my ward is admitted.

Signature of the Father

Signature of the Mother

FOR OFFICE USE ONLY

Admitted in Grade _____ Stream _____ Date _____ ESIS No: _____

Chosen Optional Subject for Grade 4 onwards: French Hindi Malayalam

Chosen Optional Subject for Grades 1 to 3: Hindi Malayalam

***Mandatory Subject: Arabic**

Principal

Vice-Principal

Admission In-charge

DOCUMENTS REQUIRED TO SUBMIT

✓	DOCUMENTS
	Birth Certificate (In English/Arabic) Stamped By The Notary Public With State Wide Authority, The Home Department Of The State, Respective Embassy In UAE And Then UAE Foreign Affairs Ministry
	Original TC (In English) issued from the previous school duly countersigned by the District Educational Officer/CBSE Board/IMS/CEO/ICSE Board (Home Country) attested by the respective embassy and the UAE Foreign Affairs Ministry
	Copy of student vaccination card
	Copy of recent Mark Sheet/Grade Sheet/ Report Card/ ADEK Mark Sheet in case of Abu Dhabi school transfer
	Passport size photo of student
	Copy of Student Passport, Visa and Emirates ID (Front/Back)
	Copy of Parent Passport, Visa and Emirates ID (Front/Back)
	Copy of Student Insurance Card (If applicable)
	Copy of Electricity or Tenancy Contract
	Duly filled medical form of the child with Photograph (applicable only for admission confirmed candidate)
	Copy of registration card (Class 9 th Second term, 10 th and 12 th Admission)
	Parents job certificate/Employment contract (Only for 10 th and 12 th grades)

I hereby also state that if there are any pending documents, we will be given positively on or before _____ or else the school authorities can cancel the admission. We also would not claim for refund of any fees hereafter.

Sign of the Principal/Vice-Principal/Admin

Signature of the Parent



EMIRATES FUTURE INTERNATIONAL ACADEMY
MUSAFFAH, ABU DHABI
STUDENT TRANSPORTATION DETAILS

Name of the Student : _____

Grade/Division : _____

Parent name : _____

Mode of Transportation : School Bus Private Vehicle Walk
(Tick the appropriate field)

SCHOOL BUS TRANSPORTATION

(filled only by those who opted for school bus)

Building No/Name _____

Street _____

Area _____

City _____

Landmark _____

Name of the person responsible _____

to pick up child in bus stop

Responsible person contact number _____

Alternate number _____

Required School bus AM PM (Tick both if applicable)

Note:

1. **Kindly note that transportation facilities are not available in MBZ Zones 3, 4, 34, 36, 37, 38, Bain Al Jessrain, Baniyas, Shahama and Meena.**
2. This form should be duly filled by the parent during the confirmation of admission.
3. Parent should inform the school if any changes in the details mentioned in this form (mobile number, location, etc.,)
4. Those who opted for **private vehicle** should produce the copy of authorized person Emirates ID and contact number.
5. The students will be dropped in a place where they picked up by the school bus.

I _____ parent of _____ grade _____ hereby declare that the information provided in this transportation form is correct and complete. In case any of the above information about my child or household changes; I will immediately notify the school.

Name of the Parent:

Signature:

Date:

OFFICE USE ONLY

Student ID _____ Paid for the month of _____

Bus No _____ Bus Route _____

Accounts _____ Transportation _____ Principal _____



**EMIRATES FUTURE INTERNATIONAL ACADEMY
MUSAFFAH, ABU DHABI
ADMISSION CONFIRMATION**

Student ID : _____
Name of the Student : _____
Grade/Division : _____
Father Name : _____
Father contact no : _____
Father email : _____
Mother Name : _____
Mother contact no : _____
Mother email : _____
Emirates ID no of student : _____
Date of Admission : _____
Date of Joining : _____



Note:

Students should bring this form on the first day of joining and handover to the class teacher.

I, _____ parent of _____ grade _____ do hereby confirm to join my ward in the Emirates Future International Academy for the academic year ____/____.

Signature of Parent:

Date:

Principal

Vice-Principal

Admission-Incharge

Dear Parent / Guardian:

عزيزي ولي أمر الطالب/الطالبة:

Please fill out this form about your son/daughter's health condition.
Answer Yes or No, if your answer is yes please provide dates and more details in the guardian's comments box..

يرجى تعبئة هذه الاستمارة عن صحة ابنكم/ابنتكم يرجى تعبئة هذه الاستمارة عن صحة ابنكم/ابنتكم بالاجابة بنعم أو لا. اذا كانت الاجابة نعم الرجاء كتابة التواريخ و التفاصيل في خانة الملاحظات مع مراعاة الدقة ، حتى تتمكن من متابعة حالته/حالتها الصحية مع تمنياتنا للجميع بالصحة والعافية.

Student's Name:.....

School:.....Grade:.....Section:.....

DOB:.....

Student's No:.....

Nationality:.....

Emirates ID No:

اسم الطالب:.....

المدرسة:.....الصف:.....الشعبة:.....

تاريخ الميلاد:.....

رقم الطالب المدرسي:.....

الجنسية:.....

رقم الهوية الإماراتية:.....

	Health Problems / المشاكل الصحية	Yes/نعم	No/لا	Comments/ملاحظات
1	Has the student suffered from any allergy? Medication, food, Dust. Please specify هل يعاني الطالب/ة من أية حساسية دواء / أطعمة / أبخرة يرجى ذكرها؟			
2	Does the student suffer from heart diseases? هل يعاني الطالب/ة من أمراض القلب؟			
3	Does the student suffer from diabetes? هل يعاني الطالب/ة من مرض السكري؟			
4	Does the student suffer from hypertension (high blood pressure)? هل يعاني الطالب/ة من مرض ارتفاع ضغط الدم؟			
5	Does the student suffer from Bronchial Asthma? هل الطالب/ة مصاب بالربو؟			
6	Does the student suffer from chronic kidney diseases? هل يعاني الطالب/ة من أمراض الكلى المزمنة؟			
7	Does the student suffer from chronic urinary tract infection? هل يعاني الطالب/ة من التهاب المجاري البولية المزمن؟			
8	Does the student suffer from epilepsy? هل يعاني الطالب/ة من مرض الصرع؟			
9	Does the student suffer from G6PD (beans anemia)? هل الطالب/ة مصاب بمرض أنيميا الفول (تكسر الدم)؟			
10	Does the student suffer from Thalassemia, Sickle cell, Hemophilia? Please specify هل الطالب مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (الثلاسيميا، الانيميا المنجلية، الهيموفيليا) يرجى ذكرها			
11	Does the student suffer from recurrent nose bleeding? هل يعاني الطالب/ة من رعاف متكرر (نزيف الأنف)؟			
12	Does the student suffer from any skin diseases? هل يعاني الطالب/ة من أية أمراض جلدية؟			
13	Does the student suffer from eye diseases (e.g. Hyperopia or Myopia)? هل يعاني الطالب/ة من مشاكل صحية في العيون (طول نظر أو قصر نظر)؟			
14	Has the student had any previous surgery? Please specify هل سبق أن اجريت للطالب/ة عمليات جراحية؟ ما هي؟			
15	Has the student been admitted to the hospital? Please specify هل أدخل الطالب/ة للمستشفى من قبل؟ أذكر السبب			
16	Does the student use Assistive Medical Devices? (Hearing aid, Crutches, wheelchair..) Please specify هل يستخدم الطالب/ة أجهزة طبية مساعدة (سماعة طبية، عكاز، كرسي متحرك.....)؟ ما هي؟			
17	Has the student been infected with any infectious diseases such as Mumps, Measles or Chicken Pox, Please specify هل اصيب الطالب/ة بأحد الأمراض المعدية التالية: نكاف (خازباز) ، حصبه، الجدري المائي، يرجى ذكرها؟			
18	Does the student suffer from Bed-wetting/ incontinence? هل يعاني الطالب من التبول الليلي اللاإرادي؟			

If the student has any disease please answer the following questions :	إذا كان الطالب/ة يعاني من احد الأمراض المذكورة اعلاه أو غيرها يرجى الاجابة على الاسئلة التالية :
Name and date of diagnosis	اسم وتاريخ الإصابة بالمرض:
When was the last Attack:.....	متى كانت اخر أزمة صحية:.....
Regular medications: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل يتناول الطالب/ة أي أدوية بشكل منتظم نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Medications Names and dosages details:	أسم الدواء:كمية وعدد الجرعات
Recommended Medications in case of : emergency	الأدوية الموصى بها في حالة الطوارئ:.....
Special precautions related to food:	احتياطات محددة من قبل الطبيب تتعلق بالتغذية:
Special precautions related to sport:	احتياطات محددة من قبل الطبيب تتعلق بالرياضة:.....
Recommendations from physician/ to be done during the school day:	توصيات محددة من قبل الطبيب لمرضى/ممرضة المدرسة للقيام بها أثناء اليوم الدراسي :

Kindly attach the Emirates ID and a Medical Report regarding the health problem, parents are responsible for informing the school nurse of any change and providing the necessary medical reports or contact with school nurse whenever it is necessary

ملاحظة: يرجى ارفاق صورة عن بطاقة الهوية و تقرير طبي عن الحالة المرضية، ان الاهل مسؤولون عن اعلام ممرض/ة المدرسة عند حصول اي تغيير في الحالة الصحية وتزويده بالتقارير اللازمة او التواصل مع ممرض/ة المدرسة عند الضرورة.

Name of Parent/ Guardian:

اسم ولي الامر:.....

Parent/ Guardian Signature:

توقيع ولي الأمر:

Contact Number:

رقم الهاتف:

Date:

التاريخ:

If any further queries, please contact the school nurse. Clinic Tel: رقم العيادة:..... في حال وجود أي إستفسار الرجاء الإتصال بممرض/ة المدرسة

Nurse's Name - اسم الممرض/ة:

ID: الرقم الوظيفي/.....



Student's Name:.....
School:.....Grade:..... Section:.....
DOB:.....
Nationality:.....
Student's No:.....
Emirates ID No:

اسم الطالب:.....
المدرسة:.....الصف:.....الشعبة:.....
تاريخ الميلاد:.....
الجنسية:.....
رقم الطالب المدرسي:.....
رقم الهوية الإماراتية:.....

I, the undersigned, agree that health services shall be offered in the school's clinic for my son/ daughter by the school nurse.

أنا الموقع أدناه أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في عيادة المدرسة بواسطة ممرض/ة الصحة المدرسية.

I also agree that these health services will remain provided to my son/daughter and effective until I either refuse these health services or he/ she is transferred from the private and charter school.

أنا موافقتي على هذه الخدمات الصحية تبقى سارية المفعول لحين أقوم أنا برفض تقديم هذه الخدمات لابني/ ابنتي أو لحين انتقاله / انتقالها من المدارس الخاصة والشراكات التعليمية.

My consent involves a general approval of curative and /or preventive services that may include first aid, screening for height, weight, vision acuity, colour blindness (for Grade 5 students only), vaccination, and referral to primary health care centres or emergency room when necessary& to administer the following emergency medications when needed:

أن موافقتي على هذه الخدمات الصحية هي موافقة عامة على أي إجراءات وقائية وعلاجية، وتشمل على سبيل المثال، الإسعافات الأولية، قياس الوزن والطول، فحص حدة الإبصار، فحص عمى الألوان (لطلاب الصف الخامس فقط)، التطعيمات، والتحويل إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية و قسم الطوارئ، وإعطاء الأدوية التالية عند الضرورة:

1. Paracetamol to control mild to moderate pain and fever.
2. Antihistamine cream (topical) for mild Allergy
3. Epinephrine in a severe allergic reaction
4. Ventolin Inhaler (Salbutamol) to control asthma symptoms.
5. Oxygen therapy in case of low oxygen concentration in the blood

1. بنادول(باراسيتامول) لتقليل الألم الخفيف والمتوسط وتخفيض الحرارة.
2. كريم موضعي لعلاج الحساسية البسيطة.
3. إبينيفرين في حالة الحساسية الحادة.
4. فنتولين بخاخ (سالبيوتامول) لعلاج أعراض أزمة الربو.
5. الأكسجين في حالة انخفاض نسبة الأكسجين في الدم

Please list any precautions or contraindications to the above medications that the school nurse needs to know:

الرجاء ذكر أي موانع لاستخدام الأدوية أو أي احتياطات طبية على الممرض / الممرضة أن يعرفها: .

(In case of refusal, the above services will not be offered except in emergency situations which require immediate intervention.)

(في حال عدم موافقتكم، يرجى العلم بأنه لن نستطيع تقديم هذه الخدمات عند حاجة ابنكم/ابنتكم لها الا في الحالات الطارئة التي تتطلب تدخلنا السريع.)

If my son/daughter needs to be transferred to the clinic or emergency room in either my absence or the legal guardian's absence, then I authorize the school to transfer him/her as needed.

إذا أصيب ابني/ ابنتي بأي حالة طارئة تستدعي النقل الى العيادة أو الطوارئ، ولم أكن متواجداً أو من ينوب عني، فاني أعطي الصلاحية لإدارة المدرسة لنقله/ نقلها حسب الحاجة.

I also understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to DOH data management and standards requirements policy.

إن الملف الصحي وثيقة سرية . يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة إدارة البيانات ومتطلبات دائرة الصحة لإمارة أبوظبي.

The following school personnel will be notified about my child's medical condition

سيتم اعلام أفراد الكادر المدرسي التالي ذكرهم عن حالة ابني/ ابنتي الصحية:

- School Personnel that have contact with my child
 School administration only

- أفراد الكادر المدرسي المخالط لابني/ ابنتي
 أفراد الادارة المدرسية فقط

Name of student's Parent / guardian:

اسم ولي الأمر.....

Signature of student's Parent / guardian...

توقيع ولي الأمر.....

Relation to the student:

صلة القرابة.....

Tel #:

رقم الهاتف.....

Date:

التاريخ:.....

I agree that health services will be offered for my son/ daughter in the school

أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في المدرسة

I don't agree that health services will be offered for my son/ daughter in the school

لا أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في المدرسة



ANNUAL CHECKS (To be filled by School Nurse)

Grade	KG-I	KG-II	I	II	III	IV	V
Date of							
Age							
Height							
Weight							
BMI							
Visual							
Wear Eyeglasses							
a) Visual Activity with Glasses							
b) Visual activity without Glasses							
Hearing Status							
a) Normal							
b) Hearing loss							
Color Recognition							
a) Can recognize all color							
b) Can recognize primary colors only							
c) Cannot recognize all colors							
Blood Pressure							
Monitored By							
Signature							



EMIRATES FUTURE INTERNATIONAL ACADEMY

P.O.Box : 128576, Musaffah, Abu Dhabi, U.A.E
02-5525188 | efia.uae@efiaschool.com | www.efiaschool.com



دائرة الصحة
DEPARTMENT OF HEALTH

ANNUAL CHECKS (To be filled by School Nurse)

Grade	VI	VII	VIII	IX	XI	XII
Date						
Age						
Height						
Weight						
BMI						
Visual						
Wear Eyeglasses						
a) Visual Activity with Glasses						
b) Visual activity without Glasses						
Hearing Status						
a) Normal						
b) Hearing loss						
Color Recognition						
a) Can recognize all color						
b) Can recognize primary colors only						
c) Cannot recognize all colors						
Blood Pressure						
Monitored By						
Signature						