



APPLICATION FORM FOR CONTRACTEE'S CHILDREN EDUCATIONAL ALLOWANCE

SCHOOL YEAR 14 /14 (19 /19)

CONTRACTEE'S NAME:

NATIONALITY: POSITION:

COLLEGE/DEPT.:

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS ABROAD (CITY-COUNTRY):

NAMES & AGES OF CHILDREN ENTITLED TO EDUCATIONAL ALLOWANCE

SER. NO.	NAME	SEX	AGE	BIRTH DATE D. M. Y.	SCHOOL NAME & ADDRESS	INSTRUCTION MEDIA	LEVEL OF STUDY	AMOUNT
1.								
2.								
3.								
4.								

TO THE ADMINISTRATOR, COLLEGE OF

DEAR SIR,

KINDLY PROCESS THIS APPLICATION FOR PAYMENT OF MY ABOVE NAMED CHILDREN EDUCATIONAL ALLOWANCE. ENCLOSED PLEASE FIND OFFICIAL RECEIPTS OF THEIR EDUCATIONAL COSTS AND COPIES OF THEIR BIRTH CERTIFICATES.

HEREBY DECLARE THAT THE FORESAID INFORMATION IS TRUE AND ON MY OWN RESPONSIBILITY.

NAME: SIGNATURE: DATE: / /

المحترم
سعاد مدير عام إدارة شؤون هيئة التدريس والموظفين
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته
وقد تم استلام الأوراق المطلوبة
وتفعلوا بحسب الحاجة
والسلام

التاريخ: / /
مدير إدارة كلية
التوقيع

- يرجى أصل الاستمارة والمرفات إلى الإدارة العامة لشؤون هيئة التدريس والموظفين (شعبه المتقنين)
- رصودة من الاستمارة مع صور المقتنيات تحفظ لدى جهة عمله

سعاد حامية لك سيد